

Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta
Klinika adiktologie 1. LF UK

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: **Adiktologie**



Bc. Tereza Pokorná

Léčba duálních diagnóz v komunitní/sociální psychiatrii

Treatment of dual diagnosis in community/social psychiatry

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: doc. PhDr. MUDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha, 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 5. 12. 2016

Bc. Tereza Pokorná

Podpis

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala doc. PhDr. MUDr. Kamilu Kalinovi, CSc., za cenné rady a připomínky, podporu a povzbuzování v celém procesu tvorby této práce. Děkuji pracovníkům Péče o duševní zdraví, z. s., za spolupráci při výzkumu a sdílení jejich cenných zkušeností. Můj dík také patří všem účastníkům výzkumu za jejich investovaný čas, ochotu a otevřenost, s nimiž k výzkumu přistupovali.

Dále bych ráda poděkovala svým kolegům Progressive o.p.s., za odborné konzultace, podporu a trpělivost při mých studiích.

Závěrem děkuji své rodině a blízkým přátelům za podporu a důvěru, kterou mi vyjadřovali po celou dobu studia.

Identifikační záznam

POKORNÁ, Tereza. *Léčba duálních diagnóz v komunitní/sociální psychiatrii. [Treatment of dual diagnosis in community/social psychiatry]*. Praha, 2016. 73 stran, 2 přílohy. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2016. Vedoucí závěrečné práce: doc. PhDr. MUDr. Kamil Kalina, CSc.

Abstrakt

Předložená práce se věnuje problematice duálních diagnóz pohledem komunitní/sociální psychiatrie. Cílem práce je uvést čtenáře do problematiky duálních diagnóz a možností jejich recovery – úzdravy, na jednotlivých případových studiích demonstrovat metodu case managementu ve službách komunitní/sociální psychiatrie, prozkoumat etiologii a interakci jednotlivých onemocnění a zmapovat vnitřní potenciál a vnější zdroje recovery jednotlivých klientů.

Stěžejním bodem teoretické části je rozbor integrativního léčebného přístupu duálních diagnóz. Teoretickým východiskem je dále introdukce čtenáře do stávajícího systému psychiatrické péče v České republice, který prochází postupnou transformací medicínské institucionální léčby do právě se rozvíjející komunitní/sociální psychiatrie. Jedním z aplikovaných přístupů komunitní/sociální psychiatrie je case management, který se zaměřuje na psychosociální rehabilitaci a úzdravu klientů. V poslední kapitole teoretické části práce je pro inspiraci čtenářům rozebrána specifická sociální služba belgického Gentu pro osoby s duální diagnózou, která se snaží všechny výše zmiňované koncepty propojit v přímé péči o klienty.

Výzkumným jádrem práce jsou kvalitativní rozbor případových studií třech klientů komunitní péče pro osoby s duševním onemocněním.

Klienti byli záměrně vybíráni mimo adiktologické služby. Data byla získána kombinací metody polostrukturovaného interview a analýzou textových dokumentů. Sebraná data byla následně analyzována a použita k tvorbě jednotlivých kategorií případových studií (anamnestická data, role návykových látek v klientově životě, léčba jako kontrast ke case managementu, case management a potenciál úzdravy). Případové studie obsahují jednotlivé dílčí postupy case managera, rozbor případu a jeho souhrn.

Za účelem výše uvedeného cíle jsem si stanovila následující výzkumné otázky: (1) Jak ovlivnily návykové látky průběh psychiatrické nemoci klientů jednotlivých případových studií? (2) Jaký model léčby duálních diagnóz jednotlivé případové studie představují? (3) Jaký model case managementu jednotlivé případové studie představují? (4) Jaké intervence je vhodné použít k možnosti zlepšení zdravotního stavu klientů jednotlivých případových studií?

Vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o pilotní studii provedenou na výzkumném vzorku pouze tří konkrétních klientů, není možné výsledky výzkumu zobecňovat. Doporučuji výzkum v této problematice dále rozvíjet, jelikož výzkumy podobného typu v komunitní/sociální psychiatrii v České republice chybí. Samostatné uvažování nad jednotlivými příběhy může sloužit jako zpětná vazba konkrétním case managerům a také jako nástroj edukace pro studenty i jejich školitele.

Klíčová slova:

Duální diagnózy – integrovaná léčba – case management – úzdrava – transformace psychiatrie

Abstract

The presented paper deals with the issue of dual diagnosis from the point of view of community/social psychiatry. The main aim of the paper is to introduce readers to the issues of dual diagnosis and ways how to reach recovery and interpret individual case studies to demonstrate approach of case management in social services of community/social psychiatry, to explore the aetiology and interaction of diseases and to map the internal potential and the external sources of recovery of individual clients.

The main point of the theoretical part is the analysis of integrative treatment approach of dual diagnosis. The theoretical basis is to introduce readers to the existing system of mental health care in the Czech Republic, which currently undergoes the transformation of medical institutional treatment into developing community/social psychiatry. One of the applied approaches of community/social psychiatry is case management that focuses on recovery of clients and their psychosocial rehabilitation. The last chapter of the theoretical part analyses an example of a specific social service in the Belgian city of Ghent, for people with dual diagnosis, which tries to connect together all the aforementioned concepts and use them in the direct care of clients.

The practical basis consists of qualitative analysis of three case studies of the clients of community mental health care. The clients were intentionally selected outside of any kind of addiction service. Data was obtained by a combination of methods of semi-structured interviews and analysis of text documents. The collected data was later analysed and utilized to generate each category of case studies (anamnesis, the role of drugs in the client's life, treatment as a contrast to case management, skills and motivation, external sources of recovery, the client's wishes and goals). Case studies include each step of case management, an analysis of the case and its summary.

For the purpose of the main goals the following research questions were determined: (1) In which ways could drugs effect the progression of mental health disease of the clients in individual case studies? (2) What model of dual diagnosis treatment do the individual case studies represent? (3) What model of case management do the individual case studies represent? (4) Which kind of intervention should be used to improve the health status of the individual client in the individual case studies?

Given the fact that this is a pilot study to survey a sample of only the three specific clients, it is not possible to generalize from the results of this research. The author recommends continued investigation in this field, as there is currently no research of a similar type in community/social psychiatry in the Czech Republic. The reflection of the individual stories can be used as feedback for concrete case managers and as the educational tool for students and their mentors.

Keywords:

Dual diagnosis – integrated treatment – case management – recovery – transformation of psychiatry

Obsah

Obsah	4
Úvod.....	3
TEORETICKÁ ČÁST	5
1 Duální diagnózy	5
1.1 Etiologie	5
1.2 Diagnostika duální diagnózy.....	6
1.3 Prevalence duálních diagnóz.....	6
2 Léčba duálních diagnóz.....	8
2.1 Sukcesivní léčba.....	8
2.2 Paralelní léčba	9
2.3 Integrovaná léčba	9
3 Integrovaná léčba duálních diagnóz.....	10
4 Stávající systém psychiatrické péče v České republice	12
4.1 Vývoj komunitní/sociální psychiatrie v ČR v kontextu s ostatními zeměmi	13
5 Case management	15
5.1 Definice case managementu.....	15
5.2 Historie case managementu.....	15
5.3 Modely case managementu	16
5.3.1 Brokerský model	16
5.3.2 Intenzivní case management (ICM)	17
5.3.3 Asertivní komunitní léčba (ACT)	17
5.3.4 FACT – Function Assertive Community Treatment.....	18
5.3.5 Klinický/rehabilitační model.....	18
5.4 Case management v České republice.....	18
5.5 Case management s uživateli návykových látek	19
6 Recovery přístup v psychosociální rehabilitaci.....	20
7 Specifický léčebný přístup – inspirace z Belgie.....	23
PRAKTICKÁ ČÁST.....	26
8 Metodologie	26
8.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	26
8.2 Výzkumný soubor a metoda jeho výběru.....	26
8.3 Případová studie jako metoda kvalitativního přístupu	28
8.4 Metody tvorby a analýzy dat.....	28
8.4.1 Metoda polostrukturovaného interview	28
8.4.2 Textové dokumenty jako zdroje kvalitativních dat	29
8.4.3 Metody analýzy dat	29
8.5 Metodologické limity výzkumu	30

8.6 Etické aspekty práce.....	30
9 Případové studie.....	32
9.1 Leona.....	32
9.1.1 Charakteristika případu a situace výchozího bodu.....	32
9.1.2 Anamnestická data v příběhu Leony.....	32
9.1.3 Role návykových látek v životě Leony.....	33
9.1.4 Leona v léčbě jako kontrast k case managementu.	34
9.1.5 Case management.....	35
9.1.6 Potenciál recovery.....	37
9.1.7 Rozbor případu Leony.....	38
9.1.8 Souhrn případové studie.....	41
9.2 Jindřich.....	43
9.2.1 Charakteristika případu a situace výchozího bodu.....	43
9.2.2 Anamnestická data v příběhu Jindřicha	43
9.2.3 Role návykových látek v Jindřichově životě.....	44
9.2.4 Jindřich v léčbě jako kontrast k case managementu.....	45
9.2.5 Case management.....	45
9.2.6 Potenciál recovery.....	48
9.2.7 Rozbor Jindřichova případu	49
9.2.8 Souhrn případové studie.....	52
9.3 Vít	54
9.3.1 Charakteristika případu a situace výchozího bodu.....	54
9.3.2 Anamnestická data v příběhu Víta	54
9.3.3 Role návykových látek ve Vítově životě.....	54
9.3.4 Vít v léčbě jako kontrast k case managementu	55
9.3.5 Case management.....	56
9.3.6 Potenciál recovery.....	59
9.3.7 Rozbor Vítova případu.....	60
9.3.8 Souhrn případové studie.....	62
10 Výsledky výzkumu a diskuze.....	64
Závěr	70
Použitá literatura	71
Přílohy.....	73

Úvod

Fenomén duálních diagnóz vnímám jako aktuální téma nejen na akademické a klinické půdě, ale i v kruzích tvořených profesionály, kteří jsou v každodenním kontaktu s klienty zasaženými tímto problémem. Pod pojmem duální diagnóza je skrytý vztah dvou psychiatrických onemocnění, které se navzájem ovlivňují a vyjadřuje také etiologii nemoci (Williams & Cohen, 2000), na rozdíl od pojmu komorbidita, který jen konstatuje, že u se klienta vyskytují dvě a více onemocnění – psychického či somatického rázu.

Tato práce nahlíží na problematiku duálních diagnóz, respektive na jedince s tímto onemocněním, záměrně z „druhého břehu“, z pohledu komunitní/sociální psychiatrie - služeb pro duševní zdraví. Po vzoru západních zemí česká psychiatrie od devadesátých let dvacátého století prochází procesem transformace „klasické“ medicínsky orientované psychiatrie v „kolosech“ psychiatrických nemocnic směrem k psychiatrii orientované na pacienta/klienta, jeho potřeby a na jeho život v přirozeném prostředí, tedy k psychiatrii komunitní.

Komunitní psychiatrie je definována jako síť služeb, která nabízí kontinuální léčbu, ubytování, zaměstnávání a sociální podporu s cílem pomoci lidem s duševním onemocněním znovuzískat jejich normální sociální role (Thornicroft & Szmukler, 2003). Ve světě je používán pojem Mental Health¹ jako alternativa k původnímu pojmu psychiatrie, který vyjadřuje změnu filozofie a orientace péče cílené především na diagnostiku a léčení nemoci ke komplexnějšímu přístupu směřujícímu k integraci a inkluzi klienta do normálního života a jeho empowermentu, „zplnomocňování“, zvyšování důvěry ve vlastní schopnosti, v zapojení klienta do procesu recovery – údravy². V názvu se objevuje pojem léčba, který je v kontextu s obsahem práce míněn jako proces – rehabilitace – habilitace směřující právě k údravě.

V českém prostředí vnímám jako cestu „nejmenšího odporu“, respektive jednu z možností, jak naplňovat filozofii komunitní psychiatrie směrem k procesu údravy právě v metodě case managementu. Dalšími možnostmi jsou vznikající centra duševního zdraví, která budou mezistupněm mezi ambulantní a ústavní péčí.

Snahou případových studií je ukázat, jak jednotliví klienti prochází se svým průvodcem case managerem procesem údravy, jakou roli v jejich životě mělo užívání návykových látek, záměrně mapuji ústavní léčbu jako kontrast k case managementu a v závěru se snažím kriticky zhodnotit jejich příběhy adiktologickým a recovery pohledem. V příbězích klientů jsem mapovala nejen jejich problémy, ale právě i jejich přání, dovednosti a potenciální vnější zdroje, které by mohly pomoci jejich údravě.

Na svém studijním pobytu v Gentu, v Belgii, jsem se naučila se dívat na klienty optikou přístupu recovery, tedy přistupovat k nim jako k mocným, k těm, kteří jsou schopní, něco

¹ Do českého jazyka překládáno jako duševní zdraví.

² Pojem recovery je v textu překládán jako údrava; zotavení. Vždy jde o tentýž pojem.

umí, něco dokázali, k těm, kteří skrývají vnitřní potenciál. Jejich case manageři – klíčoví pracovníci – partneři – průvodci – překladatelé se jim snaží pomoci tento potenciál odhalit. V našem prostředí, trůfám si říci, se tomuto způsobu nazírání na klienty teprve učíme.

Z uvedených důvodů je vhodné o tomto tématu otevřeně diskutovat, zamýšlet se nad ním, zkoumat a porovnávat zkušenosti ostatních odborníků, jenž je možné následně implementovat do programů péče o klienty NEJEN s duální diagnózou. Nejen píšu záměrně velkými písmeny, jelikož vnímám přesah tohoto tématu přes pole psychiatrie a adiktologie, do jakýchkoliv služeb, poskytujících péči klientům a vlastě všude tam, kde dochází k interakci s lidmi s (nejenom) duševním onemocněním. Kdokoliv může být ne-mocný a v absolutním případě všichni na svém životní cestě procházíme procesem recovery.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Duální diagnózy

Duální diagnóza je Světovou zdravotnickou organizací (WHO, 2010) definována jako souběžný výskyt poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy, obecně výskyt dvou a více psychiatrických poruch u jednoho pacienta/klienta. Volkow (2010) dodává, že je nutné k přijetí této definice uznání závislosti jakožto duševního onemocnění, nikoliv jako sociální problém či selhání morálky. Můžeme se však v odborné literatuře setkat i s následujícími pojmy, jako je komorbidita, definovaná Evansem a Sullivanem (2001) jako současně se vyskytující dvě nebo více poruch během určitého časového období, nejčastěji psychiatrického onemocnění a užívání návykových látek (Evans & Sullivan in EMCDDA, 2013).

Fox, Drake, Mueser et al. (2010) dávají přednost pojmu „současně se vyskytující porucha/y“ (*co-occurring disorders*), protože původní vymezení pojmu duální diagnóza není jednotné (Fox et al., 2010).

1.1 Etiologie

Z pohledu možné etiologie se psychopatologické komorbidity dělí do tří skupin. První skupina, tzv. model samoléčení, je tvořena klienty/pacienty, kteří mají preexistující psychickou poruchu, díky které u nich dochází k rozvoji užívání až závislosti, jelikož jim návyková látka přináší úlevu na psychické obtíže.

Druhá skupina je tvořena klienty/pacienty, u kterých se dlouhodobým intenzivním užíváním návykové látky rozvine psychická porucha, na jejímž vzniku a vývoji se může podílet komplex faktorů neurobiologických (např. neurotoxita dané látky nebo neuroadaptace na ni), psychologických i sociálních, případně i genetická predispozice.

U třetí skupiny psychická nemoc nebo závislost je vyústění jedné základní psychopatologické příčiny, jako je stresová porucha či porucha osobnosti, která mohla vzniknout traumatizací z dětství (Kalina et al., 2015).

Volkow (2010) zmiňuje jako etiologické faktory překrývající se genetickou vulnerabilitu (genetickou výbavu), spouštěče (stres, trauma, častá expozice návykovým látkám), zapojení podobných částí mozku (*nucleus accumbens*) a společná riziková stadia vývoje (adolescence a dětství).

Nelze jednoznačně říci, která ze skupin u jednotlivého jedince převažuje, jelikož se mohou skupiny překrývat a přirozeně dochází mezi poruchami k interakci. Dále je třeba myslet na další rizikové a protektivní faktory, pacientovu odpověď a dodržování léčebného režimu (Kalina et al., 2015).

1.2 Diagnostika duální diagnózy

Duální diagnóza vylučuje polymorfní užívání návykových látek a zaměřuje se na existenci faktoru náchylnosti (genetického, psychosociálního i environmentálního) k užívání návykových látek. Pod duální diagnózy se neřadí ani diagnostické kategorie z okruhu F10 – 19 v MKN10 jako jsou například psychotické poruchy reziduální a s pozdním nástupem, psychózy v akutní intoxikaci či odvykacím stavu a amnestické syndromy (Kalina & Minařík, 2015).

Pro správné stanovení duální diagnózy je nutné se držet zásad:

1. Vyšetřit pacienta po určité době prokazatelné abstinence (minimálně čtyři až šest týdnů), pokud možno opakovaně.
2. Podrobně zmapovat anamnézy, jak individuální, tak rodinnou.
3. Vyšetřit pacienta psychologicky – zaměřit se na osobnostní i výkonové schopnosti.
4. Seznámit se s předchozí zdravotnickou dokumentací a spolupracovat s jinými odbornými pracovišti.
5. Zajistit standardní vyšetření – toxikologické, biochemické a další včetně celkového vyšetření tělesného stavu pacienta.
6. Navázat vztah s pacientem, tak aby byl ochotný ke spolupráci (Nešpor, 2003; Miovská, Miovský, & Kalina, 2008 in Kalina et al., 2015).

Závažný problém ve stanovení diagnózy nastává při určení hranic mezi duální diagnózou a psychopatologickou komplikací závislosti či abúzu, jelikož tyto komplikace mohou napodobovat symptomy jakékoliv psychiatrické poruchy nutné k aplikaci psychofarmak. Farmakologická léčba těchto poruch však sama o sobě nevede ke stanovování duální diagnózy, jelikož po abstinenci od návykových látek dochází k vymizení příznaků další psychiatrické poruchy (Kessler, 2004 in Kalina et al., 2015). Podle některých autorů se z tohoto důvodu výskyt jiných duševních poruch u pacientů/klientů přeceňuje, na druhou stranu závislost může jiné existující duševní onemocnění překrývat, což znesnadňuje jejich rozpoznání a diagnostiku. Dalším problémem je z důvodu obavy ze stigmatizace časté zatajování závislosti u psychiatricky nemocných, a to zejména u žen z důvodu studu. Dalším motivem utajování závislosti je snaha závislých získat farmaka, které následně mohou zneužít či prodat na nelegálním trhu (Nešpor, 2003; Miovský, Miovská, & Kalina, 2008 in Kalina et al., 2015).

1.3 Prevalence duálních diagnóz

Výskyt duálních diagnóz není ojedinělý. Podle Jeřábka (2008) je jedinec trpící pouze závislostí a jinak bez žádné duševní nemoci rarita.

Z psychiatrického pohledu jsou duální diagnózy závažným problémem i u psychiatricky nemocných. Fox et al. (2010) poukazují až na padesátiprocentní prevalenci škodlivého užívání a závislosti u těchto pacientů/klientů.

Kalina a Vácha (2013) ve svém výzkumu z roku 2012 udávají čtyřicet sedm procent psychiatrické komorbidity u klientů terapeutických komunit. Obecně mezi odbornou veřejností panuje názor, že se v posledním desetiletí výrazně zhoršuje duševní stav jak klientů v léčbě, tak i problémových uživatelů drog (Kalina & Vácha, 2013). Volkow (2010), ředitelka NIDA, udává prevalenci až šedesátiprocentní.

Podle posledního výzkumu národní úrovně provedeného ve Spojených státech čtyři procenta americké dospělé populace vykazovala duální diagnózu v období posledních dvanácti měsíců (SAMSHA, 2012 in EMCDDA, 2013). Podle australské studie 30 – 50 % osob s duševním onemocněním splňovala diagnostická kritéria další duševní poruchy závislostního okruhu v některém bodě svého života (Hall et al, 2009 in EMCDDA, 2013).

Nedá se říci, že by duálních diagnóz přibývalo, avšak klientů s duální diagnózou je nyní více rozpoznáváno. Dříve docházelo v terapeutických komunitách k tomu, že jedinci s psychiatrickou komorbiditou nebyli ani přijati a často z léčby vypadávali, případně u nich léčba nebyla úspěšná. To vedlo k postupnému zhoršování prognózy (Yates & Wilson, 2001).

Z konkrétních diagnóz jde nejčastěji o poruchy osobnosti (nejvíce hraniční) a úzkostné a afektivní poruchy, dále pak poruchy příjmu potravy, psychózy různého druhu a psychosexuální dysfunkce (Kalina et al., 2015).

Z psychopatologického hlediska je nutné si uvědomit, že u hraniční, narcistické a antisociální poruchy je narušena kapacita zvládat impulzy, které mohou vést k opakovanému užívání návykových látek a rozvoji závislosti (Lara et al., 2006). Dále je také nutné neopomenout osoby s posttraumatickou stresovou poruchou, jelikož se tyto osoby často sebemedikují návykovými látkami především z důvodu zmírnění vlastní úzkosti nebo snahy zabránit znovuprožívání traumatu (Fox et al., 2010).

V EMCDDA (2013) review *Co-morbid substance use and mental disorders in Europe* autoři upozorňují, že je v Evropě výzkumů na toto téma celá řada, které se však natolik metodologicky liší, že přináší různé variace prevalence. Například při studii uživatelů drog zapojených do léčby se prevalence pohybovala ve čtrnácti evropských státech v rozmezí od 14 % do 54 % a u třech států vyšla prevalence až devadesátiprocentní. Další limitací pro jednoznačné určení prevalence v Evropě jsou chybějící platná kritéria definující duální diagnózy/komorbidity a také nedostatek národních studií jednotlivých států. EMCDDA volá po nutnosti celoevropského výzkumu této problematiky, aby bylo možno popsat tento fenomén v evropském kontextu. V Austrálii a Spojených státech byly provedeny rozsáhlé epidemiologické studie zaměřené na prevalenci duálních diagnóz, avšak v Evropě zřídka. EMCDDA (2013) zmiňuje evropské studie Baldacchina (2009) a Torrense (2013).

2 Léčba duálních diagnóz

Klienti mají obvykle těžší průběh onemocnění, závažnější zdravotní a sociální důsledky nemoci, horší prognózu a s tím spojené i horší léčebné výsledky. Duální diagnóza snižuje schopnost se do léčby vůbec zapojit, vytrvat v ní a úspěšně ji dokončit z různých důvodů, z motivačních krizí, interpersonálních konfliktů či rizikových situací, které mohou vést k relapsům. Dále také zatěžují jednotlivce, ale i celou skupinu klientů v léčebném programu. V neposlední řadě se zvyšují nároky na personál, který musí být schopen pracovat s touto klientelou, zvládat spektrum psychiatrických komorbidit a současně komplikace závislosti, což často vede ke stigmatizaci nemocných s duální diagnózou. Zvyšuje se práh dostupnosti služeb pro tyto klienty i z důvodu neochoty a nepřipravenosti odborníků s nimi pracovat. Dalším problémem je, že jednotlivé složky péče spolu nejsou propojené (Kalina et al., 2015). Poslední zmiňovaný problém by mohla vyřešit transformace psychiatrické péče v České republice (dále jen ČR), která se o propojenost snaží a poukazuje na její nutnost již přes dvacet let.

Léčba duálních diagnóz koresponduje s „léčbou s duálním ohniskem“ (Ball, 2004 in Kalina et al., 2015), která je definována tak, že se jedno ohnisko nachází v oblasti závislosti a druhé v jiných diagnózách. Podstata tohoto přístupu tkví ve farmakologické léčbě, jelikož má svoje specifika jak při léčbě závislosti (např. substituce), tak v léčbě psychiatrických poruch (antidepresiva, antipsychotika). Tento koncept se objevuje i u psychosociálních intervencí. Léčebné přístupy jsou specifické, kombinují se krátké behaviorální nebo kognitivně-behaviorální terapie či psychodynamické přístupy v kombinaci s prevencí relapsu, motivačními rozhovory a contingency managementem (pobídkovou terapií). Fox et al. (2010) klade důraz na skupinovou terapii – především na svépomocné skupiny klientů s duálními diagnózami, kterou bere jako účinnější než individuální terapii. Autoři spatřují účinky tohoto přístupu v poskytování empatie a zpětné vazby lidí s podobným problémem a vzájemnou podporu mezi členy skupiny (Fox et al., 2010).

Obecně léčbu duálních diagnóz můžeme rozdělit do tří modelů, o kterých budou pojednávat následující kapitoly.

2.1 Sukcesivní léčba

U tohoto přístupu se nejprve léčí jeden problém a pak druhý. Často v léčebných psychiatrických zařízeních není možné klienta léčit, pokud nadále užívá návykové látky, tudíž se nejprve řeší problém závislosti. Závislost totiž podmiňuje spolupráci závislého na léčbě a také může zkreslovat klinický obraz problému duševního zdraví (Kalina, 2008). K duální diagnóze se může přistupovat jako k „závislost nejdříve“ (Nunes & Levin, 2006), kdy po určité době abstinence mnoho psychopatologií ustoupí a jejich léčba přichází v úvahu, pokud přetrvávají. Kontrastem k tomuto přístupu je přístup, který řeší nejprve problémy duševního zdraví, a pokud jsou tyto problémy dostatečně ošetřeny, problémy s užíváním návykových látek odezní (Millerová, 2011 in Kalina et al., 2015).

U tohoto modelu léčby nelze reflektovat, zda problémy spojené s „druhou diagnózou“ zapříčiňují, že se klient nezapojuje do léčby, zda má klient sníženou schopnost z něj profitovat a hrozí-li u klienta vyšší míra rizika relapsu či předčasných odchodů z léčby (Miovská, Miovský, & Kalina, 2008; Fox et al., 2010).

2.2 Paralelní léčba

Obě ohniska problému se léčí současně, avšak každé v jiném léčebném zařízení. Mohou nastat problémy s mezioborovými bariérami a klient je vlastně tím, kdo léčebné služby propojuje, tudíž je na něj kladen vysoký nárok, což pro něj může být rizikové (Fox et al., 2010). Řešení problémů by mohlo spočívat v case managementu, v klíčových pracovnících (Edwards, 2011) nebo ve vytvoření komunikační sítě mezi oběma službami (Matrix Model, Georgeson, 2009).

2.3 Integrovaná léčba

Tento model je preferován většinou odborníků, protože jedno zařízení s jedním terapeutickým týmem poskytuje léčbu jak závislosti, tak psychiatrické nemoci najednou. Integrovaná léčba zvyšuje udržení v léčbě, je ekonomičtější a klienti z ní mají větší prospěch. Dále snižuje rizika léčby „s dvojím ohniskem“, která opomíjí vztah mezi užíváním návykových látek a duševním onemocněním. Vztah, který nelze uměle oddělovat, jelikož jde o jedinečnou zkušenost ovlivňující děje v jedinci (Fox et al., 2010). Integrované léčbě bude věnována následující samostatná kapitola.

3 Integrovaná léčba duálních diagnóz

Odborníci (Fox, Drake et al., 2010) z Psychiatrického výzkumného centra v Dartmouthu navrhuji jednotlivé principy, které by model integrované léčby měl obsahovat.

Mezi první princip řadí *multidisciplinaritu týmu*, který by měl být tvořen lékařem – psychiatrem, zdravotní sestrou, case managerem a pracovníky poskytující rehabilitační služby. Kvalifikované programy poskytující integrovanou léčbu se snaží sladit všechny složky léčby a rehabilitace tak, aby všichni sledovali stejný cíl na základě vzájemné spolupráce. Dalším článkem by měl být *integrovaný odborník* na zneužívání návykových látek s minimálně dvouletou praxí v oboru adiktologie.

Veškeré intervence mají být aplikovány podle toho, ve které *fázi léčby či recovery* – zotavení; údravy se klient nachází. Jednotlivé fáze odpovídají fázím změny dle Prochasky a DiClementeho (1983), výše zmínění autoři je však rozčlenili na fázi navazování kontaktu (odpovídá prekontemplaci), ve které jde především o navázání vztahu a spojení s klientem. Další fází je práce s přesvědčením (kontemplace a příprava), tak aby byl klient motivovaný ke změně směrem k údravě, poté následuje aktivní léčba (akce), kdy je hlavním cílem pomoci klientovi získat dovednosti a podporu zvládnout nemoc a dosáhnout vytyčených cílů. Poslední fází je prevence relapsu (udržení, udržování změny) tak, aby klienti zůstali ve stabilní remisi a zachovali si zotavení. Po celou dobu je vhodné využívat techniky, jako jsou motivační rozhovory, také neopomenout poradenství v oblasti zneužívání návykových látek a velmi vhodné je individuální léčbu doplnit skupinovou. V USA zhruba dvě třetiny klientů s duální diagnózou pravidelně (alespoň jednou týdně) navštěvují nějaký typ skupinové léčby. Výzkumy ukazují, že integrovaná skupinová léčba přináší lepší výsledky a představuje navíc pro klienty prostředí, ve kterém mohou sdílet, vzájemně se podporovat a osvojit si strategie vypořádání se s těžkou životní situací. Vhodné je také zmínit důležitost účasti na peer skupinách (např. Anonymní alkoholici, Anonymní narkomani, Racionálně se zotavující, Zotavující se z duálních poruch a další) zaměřených na zotavení ve vztahu k návykovým látkám především ve fázi aktivní léčby a jako prevence relapsu (Fox et al., 2010).

Organizace, které poskytují integrovanou léčbu, by měly poskytovat následující rehabilitační služby:

1. Rezidenční služby (podporované bydlení – komunitní týmy, rezidenční programy pro dlouhodobou léčbu);
2. Podporované zaměstnání (i to, které nebude vylučovat neabstinující klienty);
3. Rodinnou psychoedukaci (zapojení rodiny do léčby, intervence založené na psychohygienu a snížení stresu v rodině, zlepšení fungování všech členů rodiny a edukace o duševním onemocnění);
4. Zvládání nemoci a zotavení (KBT, nácviky soc. dovedností, psychoedukace, stanovování cílů);
5. Asertivní komunitní léčbu (viz kapitola 5 Case management) (Fox, et al., 2010, str. 244).

Farmakologickou léčbu by měli aplikovat pouze lékaři vyškolení na duální diagnózy. Jejich úkolem je podpořit dodržování léčebného režimu a vyhnout se předepisování potenciálně návykových léků (jako např. benzodiazepiny), také úzce spolupracovat s týmem a klientem i přes to, že aktivně užívá návykové látky. Dále by měli využívat potenciálu léků, jako jsou klozapin, disulfiram, naltrexon a substituce (Fox et al., 2010).

Neměli bychom opomenout také intervence zaměřené na podporu zdravého životního stylu (např. edukace o předcházení infekčním chorobám), nalezení bezpečného bydlení, vyhýbání se rizikovému chování a rizikovým situacím (Fox et al., 2010).

4 Stávající systém psychiatrické péče v České republice

Česká psychiatrická péče je zaostalá a neadekvátně dostupná pacientům. Mezi determinanty nízké dostupnosti patří čas strávený u ambulantního psychiatra při jedné návštěvě (průměrná návštěva trvá 10 minut), dále materiální a technická zaostalost a tradiční model institucionální péče, která je poskytována ve velkých institucích v průměru s pěti sty lůžky, který nemá ve světě obdoby. Zaostává i v porovnání s vyspělými státy³, zároveň však není schopna adekvátně poskytovat kvalitní péči trvale rostoucímu počtu klientů. Nárůst ambulantně léčených pacientů je za posledních deset let o 66 %, dle odhadů je v ČR dále až 1,5 mil. skrytých a neléčených duševně nemocných (Duškov, 2015).

Podle Bodnára trend rostoucího výskytu duševních poruch souvisí s aktuálním dynamickým životním stylem a přibývá zejména úzkostných stavů a poruch nálad (Hettnerová, 2013). Duševní poruchy patří k druhému nejčastějšímu důvodu pro přiznání invalidního důchodu (MZ ČR, Tisková zpráva ze dne 14. 3. 2013).

Mezi další slabiny psychiatrické péče patří dlouhodobá podfinancovanost, neprovázanost služeb resortní spolupráce, nízká informovanost obyvatel ohledně psychiatrie, s čímž souvisí stigmatizace nemocných, psychiatrů a celkově celého oboru, nehumánnost, nezáměr o klienta jako o komplexní bytost a další problémy, které vyústily v transformaci psychiatrické péče (Pokorná, 2013).

V Praze byla v červnu 2012 podepsána Deklarace platformy o transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR, která vychází z Koncepce oboru psychiatrie Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Autoři v ní upozorňují na výše zmíněné slabiny a nevyhovující stav psychiatrické péče a žádají vládu ČR, aby formulovala Národní plán péče o osoby s duševním onemocněním (Deklarace platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR, 2012). Reforma psychiatrické péče vychází z plánu Světové zdravotnické organizace⁴, která podporuje především rozvoj komunitní péče, zvýšení role primární péče a všeobecných nemocnic, transformaci psychiatrických léčen a vzdělávání odborných pracovníků (Reforma péče o duševní zdraví, 2012).

Národní plán péče o osoby s duševním onemocněním bude představovat v následujícím období 2014/2020 jednu z hlavních priorit MZ ČR a čerpat bude především ze strukturálních fondů Evropské unie (Reforma péče o duševní zdraví, 2012).

Nyní transformace psychiatrie směřuje reformními strategiemi k přípravě a implementaci zákona o duševním zdraví, který v ČR chybí, což pomůže plnit Úmluvu o lidských právech osob se zdravotním postižením, ratifikovanou Parlamentem ČR v roce 2006. Velký důraz je kladen na rozvoj komunitní péče a v neposlední řadě strategie směřující k zavedení

³ Např. na konferenci Aktuální trendy v péči o lidi s duševním onemocněním – duben 2016 autor Andersen zmínil, že Norsko bylo v podobné situaci jako ČR před pětadvaceti lety.

⁴ Např. Zdraví 21, Cíl 6.

dlouhodobých preventivních programů, časnému odhalení duševních chorob, osvětě a k celkové destigmatizaci oboru (Duškov, 2015).

Reforma psychiatrie je nyní v implementační fázi, v období od roku 2015 do roku 2023 má dojít k rozvoji sítě psychiatrické péče, především tzv. Center duševního zdraví, v nichž budou poskytovány služby jak zdravotní, tak i sociální – plánem je zřídit třicet Center duševního zdraví, oddělení akutní psychiatrické péče ve všeobecných nemocnicích a sítí rozšířených ambulancí (Schellong, 2015).

4.1 Vývoj komunitní/sociální psychiatrie v ČR v kontextu s ostatními zeměmi

V řadě rozvinutých zemí Evropy došlo k významným změnám v pojetí péče o duševní zdraví, holistické pojetí nemoci, individualizovaný přístup, klade se více důraz na symptomatologii, dlouhodobý průběh nemoci, léčbu z hlediska dlouhodobé životní perspektivy pacienta – tzv. recovery přístup (Anthony, 1993)⁵. Bere se v potaz ovlivnění choroby biologickými (především farmakologickými) a sociálními intervencemi.

Dochází k uzavírání azylových zařízení, institucí pro duševně nemocné, snižování počtu nemocničních lůžek a naproti tomu zvyšování počtu poskytnuté péče komunitními službami v přirozeném prostředí pacienta (Foitová, 2009). Historicky již od dvacátých let minulého století sílí názor, že má být psychiatrická péče poskytována v sociálním kontextu s důrazem na psychiatrickou rehabilitaci. V tomto kontextu nutno zmínit jméno Aria Querida, holandského lékaře, který ve třicátých letech založil v Amsterdamu první mobilní tým péče o duševní zdraví. Do druhé světové války se více psychiatrická rehabilitace neprosadila (Libra, 2015).

V zahraničí k tomuto vývojovému trendu dochází již od konce druhé světové války, zvláště pak od padesátých let minulého století. Prvními průkopníky deinstitucionalizace byla Velká Británie a Spojené státy americké, především kvůli společenské a politické poptávce, podpořena však byla i díky nástupu antipsychotik. V těchto letech, konkrétně v roce 1951, vznikla v USA Národní asociace duševního zdraví a o dvanáct let později v roce 1963 byl přijat zákon o komunitním duševním zdraví. K rozvoji komunitní/sociální psychiatrie přispěl i kanadský sociolog Erwin Goffman svými výzkumy, které pomohly k porozumění sociálních aspektů duševního zdraví a později k teorii stigmatizace (Libra, 2015).

Z důvodu redukce psychiatrických lůžek bylo nutno rozvíjet komunitně zaměřené alternativy. O desetiletí později se k těmto státům připojila Francie, v letech sedmdesátých Nizozemí, Německo, Itálie (v čele hnutí za demokratizaci psychiatrie Francesco Basaglia) a v dalším desetiletí Španělsko (Johnson & Thornicroft, 2008). V sedmdesátých letech v USA sílilo antipsychiatrické hnutí v čele s Ronaldem D. Laingem a Thomasem Szaszem

⁵ Viz kapitola 6 Recovery přístup v psychosociální rehabilitaci.

a ve Francii Michelelem Foucaultem. Dle nich institucionální péče udržovala duševní poruchy v chronicitě (Libra, 2015).

Ze skandinávských států zmíním Norsko, které je druhou zemí v Evropě po Velké Británii, kde byly přijaty týmy krizové intervence v rámci národní politiky včetně plánu pokrýt všechny lokality touto službou do roku 2008. Probíhající výzkum poukazuje na důležitost rozšíření této služby (Gråwe et al., 2005 in Thornicroft et al., 2011)⁶. Směr, kterým se transformace ubíhá, je přímo potvrzen v Deklaraci o duševním zdraví a Akčním plánu, který byl podepsán ministry zdravotnictví zemí Evropské unie na helsinské konferenci v lednu 2005. V ČR začátkem devadesátých let vznikla ohniska komunitní péče⁷ většinou zřízená nestátními neziskovými organizacemi a nyní vznikající Centra duševního zdraví. I tak je momentálně mobilních služeb minimum, což má za následek špatnou dostupnost komunitní péče klientům (Foitová, 2009). Jedním z řešení vidím ve službě case managementu, který v adiktologických a některých komunitních službách již funguje⁸. Přístup case managementu, jeho typy a využití, bude rozebrán v následující kapitole.

⁶ Na více zajímavostí bych vás odkázala na učebnici Community Mental Health (Thornicroft et al., 2011), která pojednává o jednotlivých modelech komunitní péče o duševní zdraví. Můžete se v ní dočíst informace o dalších státech (např. Irsku, Švýcarsku, Švédsku, Finsku, Maďarsku, Rakousku, Kanadě, Austrálii, Novém Zélandu a dalších státech).

⁷ Praha, Pardubice, Mladá Boleslav, Havlíčkův Brod aj.

⁸ Např. v organizacích jako Fokus Praha, z.ú., Péče o duševní zdraví, z.s., Sananim z.ú., Magdaléna o.p.s., Podané ruce o.p.s., Sdružení Práh a dalších.

5 Case management

V následující kapitole bude zevrubně popsána definice, historie a jednotlivé modely case managementu.

5.1 Definice case managementu

Case management (dále CM) je přístup v dnešní době využívaný především v sociálních službách. I když jde o anglický název, do českého jazyka se nejčastěji překládá jako „koordinovaná péče v síti sociálních služeb“ (Šťastná, 2010 in Nepustil et al., 2013). Konsenzus definice CM neexistuje. Szotáková a Nepustil (2013) chápou CM jako „koordinovanou spolupráci v rámci případu“. Vanderplasschen et al. (2004) zdůrazňují CM jako jeden z nejdůležitějších pokroků v oblasti komunitní péče, jelikož jde o přístup zaměřený na klienta s cílem zlepšit koordinaci a kontinuitu péče zejména pro klienty, kteří vypadávají ze systému služeb a mají více rozdílných potřeb. Koordinace a navigace jsou základními procesy CM, při němž jde o pomoc člověku zorientovat se v nepřehledném či neznámém prostředí (ve službách), najít směr a ukázat, kam jít dál (Vanderplasschen et al., 2004).

Pro CM je typický intenzivní proaktivní vztah case managera s klientem, který je i základním prostorem a nástrojem přístupu. Case manager má s klientem navázaný blízký až neformální vztah. S kolegy a ve službách působí formálně ve snaze prostoupit hranicemi služeb a tím získat návaznost péče pro klienta (Libra, 2015).

Rose a Moore (1995) definují tři základní funkce CM: uvědomovat si komplexní potřeby klientů, zprostředkovat klientovi zdroje, které jsou vhodné pro jeho potřeby, a sledovat průchod službami a ujišťovat se o jeho efektivnosti (Rose & Moore, 1995).

5.2 Historie case managementu

První zmínku o CM najdeme ve spisech Mary Ellen Richmond z počátku dvacátého století, která se stala zakladatelkou konceptu případového vedení v sociální práci (Libra, 2015).

CM se ve světě začal rozšiřovat v šedesátých letech dvacátého století v USA v návaznosti na potřebu změny systému péče o duševně nemocné. Vznikl jako reakce na roztržičnost poskytování služeb a neexistenci systému zdrojů k podpoře přechodu klientů z institucionální péče do péče komunitní (Rose & Moore, 1995). Počátek metody CM se datuje v sedmdesátých letech dvacátého století jako reakce na deinstitucionalizaci. Došlo však k problému kompetice mezi sociálními pracovníky a zdravotníky. Zdravotníci se snažili poskytovat co nejvíce péče, zatímco sociální pracovníci se snažili snížit klientovu závislost na systému péče. Výsledkem bylo propojení těchto dvou přístupů a navázání spolupráce (Holt, 2002). V těchto letech také v USA odstartoval projekt „*Trénink života v komunitě*“, který vedl Leonard Stein, Mary A. Test a jejich kolegové z Mendota Mental Health Institute. Do projektu bylo zapojeno sto třicet klientů, kterým byl nabízen

individuální program pokrývající čtyřicet hodin sedm dní v týdnu. Těmto klientům byla aktivně vyhledávána pracovní místa, důraz byl kladen na kontakt se zaměstnavateli a pomoc s řešením problémů na pracovišti, na pomoc a učení činností běžného dne, aktivní využití volného času a rozvoj sociálních dovedností. Činnosti se zaměřovaly na silné stránky jedince (Libra, 2015).

V osmdesátých letech dochází k implementaci komunitní péče do sociální politiky, což přispělo k rozvoji CM a k tvorbě standardů pro asertivní komunitní léčbu (Stuchlík, 2002). Rozvíjí se v této době také teorie stresové zranitelnosti, čímž zájem o stres a sociální postavení lidí s chronickým duševním onemocněním vzrostl. Autoři jako Anthony, Cohen a Farkas (1990) považují osmdesátá léta za přechod mezi minulou érou deinstitutionalizace a budoucí érou psychiatrické rehabilitace (Libra, 2015).

V devadesátých letech se CM začal rozvíjet i ve Velké Británii. Jeho podoba tam však byla více zaměřená na co největší finanční efektivitu rozdělení služeb a vznikla z důvodu nedostatku pracovních sil v sociálních službách. Case manager byl považován za toho, kdo hodnotí potřeby klientů a koordinuje využití finančních prostředků s důrazem na ekonomickou úsporu (Stuchlík, 2002). V následující kapitole budou popsány základní modely CM.

5.3 Modely case managementu

V této kapitole budou nejprve rozebrány základní činnosti CM, poté tři základní modely CM podle Scotta a Lehmana - Brokerský, intenzivní CM, asertivní komunitní léčba (in Haasová, 2008), model FACT a klinický/rehabilitační model.

Správa služeb pro zneužívání látek a duševní zdraví ministerstva zdraví a lidských služeb v USA (SAMHSA) do základních činností case managera považuje *engagement* (zapojení do služby) – navázání klienta v přirozeném prostředí a práce na vztahu mezi case managerem a klientem, dále pak *assessment* (posuzování) důležitých oblastí klientova života a jeho fungování, včetně posouzení nejbližšího okolí a hledání vhodných zdrojů pro naplnění jeho potřeb. Další činností je *planning/goal-setting/implementation* (plánování cílů a jejich uplatňování), které je přímo určováno přáním a rozhodnutím klienta (*client directed*). Součástí CM je *linking, advocacy, monitoring* (propojování dalších služeb, obhajování zájmů klienta, sledování průběhu vývoje případu). Case manager klienta s různou mírou podpory odkazuje – *referral* k dalším zdrojům. Ukončení služby – *disengagement* - je v CM plánováno dlouhodobě a dochází k němu postupně. Jde o proces separace spolupracujících (SAMHSA, 2012 in Libra, 2015).

5.3.1 Brokerský model

Brokerský CM vyhledává ohroženým klientům dostupné zdroje komunity, které může klient využít při dlouhodobé domácí ošetrovatelské péči a tím snížit počet hospitalizací

a institucionální péči (Holt, 2002). Role case managera je především zvýšení informovanosti a zkoordinování služeb. Case manager nemá možnost navázat s klientem bližší vztah, jelikož má na starost čtyřicet a více klientů (Haasová, 2008) a nepředpokládá dlouhodobé vedení (Libra, 2015).

5.3.2 Intenzivní case management (ICM)

CM je primárně orientovaný na klienta s chronickou vážnou duševní nemocí v období přechodu po lůžkové péči a pracuje s ním v komunitě. Case manager se snaží aktivně zapojit do komunity, tráví mnoho času navazováním vztahů jak s klientem, tak s jeho blízkými lidmi. I vícekrát týdně navštěvuje rizikové rodiny, poskytuje odborné poradenství, umožňuje nácvik dovedností, vyhledává, zprostředkovává a koordinuje služby. Každý case manager má kolem třiceti klientů a své klienty nesdílí s týmem. Je kladen důraz na silné stránky klienta (Haasová, 2008). Model se využívá k podpoře úzdravy klientů, kteří jsou často vnímáni jako skupina, která si služby „nezasluhuje“ a často z nich „vypadává“, tudíž funkcí intenzivního case managementu je i obhajoba zájmů těchto klientů (Libra, 2015).

5.3.3 Asertivní komunitní léčba (ACT)

Asertivní komunitní léčba je určena pro dlouhodobě duševně nemocné s nejzávažnějšími problémy s cílem prevence rehospitalizace, z čehož vyplývá nutná intenzivní a komplexní podpora pacienta a nepřetržitá dostupnost služby, a to i v krizových situacích klienta. S každým pacientem pracuje několik členů týmu, kteří mezi sebou komunikují a spolupracují. Většina služeb je zajištěna v rámci multidisciplinárního týmu, který je tak potenciálně nezávislý na jiných službách v regionu (Stuchlík, 2002). Vychází z madisonského modelu Steina a Testové (Libra, 2015). Každý pracovník má na starost osm až deset klientů. Jak již z názvu vyplývá, převažuje v tomto přístupu medicínská orientace. ACT by měla obsahovat tyto složky: navazování vztahů s klienty v jejich přirozeném prostředí, zaměření se na praktické problémy každodenního života, asertivní zastupování, optimální počet klientů, časté kontakty s klienty, týmovost a sdílení případu, dlouhodobý kontrakt s klientem (Siegal, 1998, in Haasová, 2008).

V praxi se asertivní týmy soustředí na psychotické klienty, kteří nejsou v kontaktu se svým psychiatrem a dochází u nich k častým hospitalizacím, nebo na klienty v akutní psychotické atace, kteří doposud neměli s psychiatrií žádnou zkušenost. Snahou asertivního týmu je navázat kontakt a získat klientovu důvěru. Klientův odpor a odmítání služby je ovlivněn negativní zkušeností se službami, traumatem z hospitalizace, nedůvěrou, vedlejšími účinky léků a stigmatizací duševního onemocnění. Po úspěšném navázání kontaktu asertivní tým zajistí klientovi komplexní péči zdravotnickou a následně i sociální. Díky asertivnímu týmu se péče dostává i k pacientům, kteří o ní primárně nejeví zájem (Černá, 2013).

5.3.4 FACT – Function Assertive Community Treatment

Český překlad funkční asertivní komunitní léčba je zavádějící, jelikož může evokovat, že klasická asertivní komunitní léčba není funkční či je méně efektivní. Jde o kombinaci ICM a ACT modelu nejvíce se rozvíjejícím v Nizozemsku. CM poskytuje multidisciplinární tým, který sdílí případ klienta, zároveň však probíhá individuální práce jednoho case managera s klientem. Snaží se o navýšení kontinuity a flexibility léčby, sociální inkluzi a o propojení zdravotnické a komunitní péče, tak aby spolu psychiatři, sociální pracovníci, lidé ze sousedství, policie a další více spolupracovali a tím snižovali remisi onemocnění jednotlivých klientů. Motivuje klienty k zapojení se v jejich přirozeném prostředí a snaží se, aby oni sami toužili po změně a úspěchu při dosažení vlastního cíle (Veldhuizen, 2007).

5.3.5 Klinický/rehabilitační model

Jde o kombinaci psychoterapie a CM. Na case managera jsou kladeny větší nároky, jelikož poskytuje terapii, učení se specifickým technikám a rodinnou terapii (Haasová, 2008). Case manager je tedy i psychoterapeut, případně úzce spolupracuje s psychoterapeutem téhož klienta (Libra, 2015).

5.4 Case management v České republice

CM se v ČR do praxe dostal až v druhé polovině devadesátých let dvacátého století, tedy s dvacetiletým zpožděním se západními zeměmi. Vyvíjel se nejprve na poli psychiatrie a psychologie, jelikož vzdělávání v sociální práci bylo v těchto letech na počátku. Využívá se nejčastěji při práci s klientem s cílem zplnohodnotnit jeho život a posilovat jeho silné stránky a dovednosti⁹. Nejčastěji je realizován multidisciplinárním týmem, složeným z psychiatra, psychiatrických sester, sociálních pracovníků, ergoterapeutů, psychologů a dalších odborníků nutných k péči o klienta. Potřeba CM vychází ze změny systému péče o duševně nemocné. CM se snaží problémy klienta řešit komplexně pomocí navázání kontaktu s ním, zhodnocení stavu, zprostředkování více druhů služeb sociální pomoci státních i nestátních subjektů, ukončení práce a její hodnocení (Venglářová & Mahrová, 2008). V českých podmínkách má CM podobu koordinované péče v rámci případu, kde vzniká klíčový vztah mezi klientem a pracovníkem. Organizace, které využívají modelu CM¹⁰, mají za cíl zefektivnit průchod službami a uspořit vynaložené nemateriální prostředky, zlepšit návaznost služeb a zkrátit dobu, ve které klient využívá služeb pomáhajících organizací. Nejde tedy o paralelní ani sekvenční léčbu, ale o léčbu integrovanou, tak aby se spolupracující subjekty podílely na řešení případu zároveň (Musil, 2012). Asertivní komunitní léčba, uznávaný model komunitní péče o duševně nemocné, má

⁹ Detailněji v kapitole 6 Recovery přístup v psychosociální rehabilitaci.

¹⁰ V Mladé Boleslavi, Pardubicích, Praze a dalších městech.

své místo jako jedna z rehabilitačních služeb v aktuálních plánech týkajících se transformace psychiatrické péče (Raboch & Wenigová, 2012).

5.5 Case management s uživateli návykových látek

Vanderplasschen et al. (2004) uvádí, že je již od roku 1980 CM přizpůsoben k využití na poli adiktologie. Je určen především pro osoby se závislostí, které potřebují komplexní péči, jelikož trpí mnohočetnými a chronickými problémy s tendencí k recidivě. Komplexní léčba závislostí často vyžaduje od klienta přestup na další léčebnou úroveň a CM tento pohyb usnadňuje. Dalším kladem CM je včasné vyhledání klienta ve stavu, kdy není ještě „na dně“ a navázání nových klientů do služeb (Siegal, 1998). Vanderplasschen, Wolf, Rapp a Hesse (2007) uvádějí, že se CM se zajímá především o „chronické“ klienty s cílem „optimalizovat využití služeb s ohledem na potřeby daného jedince“. Prakticky jde o posouzení situace, sestavení plánu, propojování klienta a služeb, zastupování a obhajoba zájmů klienta a monitorování situace. Nejsilnějšími stránkami CM s uživateli návykových látek jsou zprostředkování pomoci a zdrojů užitečných k uzdravě, podpora kladných stránek osobnosti a uvědomění si těchto silných stránek samotnými klienty. Zjednodušeně řečeno „odklon od patologického“. Podle Libry (2015) má CM uplatnění především u problémových uživatelů drog, dlouhodobě nebo těžce závislých a také u klientů s duální diagnózou. CM je tedy spojován s následnou péčí o klienty v konfliktu se zákonem, se zaměstnáváním klientů a s klienty nízkoprahových služeb, kteří vypadávají z léčebných služeb či s klienty se zvláštními potřebami¹¹. CM je pro mnohé klienty jedinou alternativou k dlouhodobé hospitalizaci (Libra, 2015).

V ČR v rámci adiktologických služeb nemá CM pevné místo, ale již některé neziskové organizace¹² se snaží CM do svých programů zahrnout. Dvořáček, Popov a Miovský (2012) navrhuji využít CM v adiktologických ambulancích.

¹¹ Více viz kap. 7 Specifický léčebný přístup k duálním diagnózám – inspirace z Belgie.

¹² Např. Sananim, Podané ruce aj.

6 Recovery přístup v psychosociální rehabilitaci

Recovery, do českého jazyka překládán nejčastěji jako zotavení či úzdava, dle Libermana a Kopelwicze (2002) představuje „*začlenění nemocného do běžné společnosti, posílení jeho schopnosti obstat v běžném životě, podporování jeho autonomie. Koncept léčby nemoci se přesouvá od paternalistického pojetí k principu spolupráce v léčbě a péči. Uživatel péče by měl být aktivním „hráčem“, jeho vztah s odborníky by měl být co nejméně nátlakový, měl by se účastnit plánování léčby, být podporován v zapojení do volnočasových aktivit a měla by být posilována jeho nezávislost*“ (Liberman & Kopelwicz, 2002, s. 245).

Recovery je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, svého umu či svých rolí. Je to způsob, jak vést život, který člověka uspokojuje, dodává mu naději a činí jej potřebným pro druhé, i s omezeními způsobenými nemocí. Součástí zotavování je i vytvoření nového významu a smyslu svého života, jakmile se člověk vymaní z katastrofálních následků duševní choroby (Anthony, 1993).

Jde o holistický přístup, který se zaměřuje na rozvoj těch částí, které jsou v pořádku, namísto, aby se zaměřoval na problém, diagnózu či příznaky nemoci. Pomáhá odhalit a využít vnitřní potenciál i pozitivní podněty z klientova okolí, z rodiny, komunity, blízkých. Podporuje osoby s psychiatrickou anamnézou, aby znovunabyli plnohodnotný a spokojený život tím, že si zmapují své přednosti a stanoví si dosažitelné životní cíle. Efektivita tohoto přístupu je těžce výzkumně měřitelná, jelikož klienti, u kterých dochází k procesu uzdravy, často odchází ze systému péče. K zotavení může dojít, i pokud terapeutické programy a systémy péče nejsou na podporu zotavení nastavené (Harding et al., 1987).

V čem spočívá zotavení (Ridgway, 1999):

- v naději;
- ve zplnomocnění (víra ve vlastní schopnosti);
- ve vlastní zodpovědnosti;
- ve smysluplných rolích v životě.

Přístup zotavení v praxi koresponduje s principy psychosociální rehabilitace, které definoval Anthony et al. (in Matoušek et al., 2005):

1. Zaměření na klienta a na zvyšování jeho „kompetence“.
2. Zlepšení klientova života v prostředí, které potřebuje a jež odpovídá jeho vlastní tvorbě.
3. Rozmanitost v použití různých technik.
4. Práce se zdravou částí osobnosti, využívání dovedností klienta.
5. Základ procesu - stálá naděje.
6. Zvyšování klientovy závislosti (dobře naplánované) může vést ke zvyšování klientova nezávislého fungování.
7. Aktivní zapojení klienta do procesu uzdravy.
8. Základní nástroje - rozvoj klientových dovedností a rozvoj podpory z okolí.
9. Zachování běžných aktivit klienta.

V praxi se můžeme setkat s tímto přístupem v komunitních sociálních službách¹³ jako například v chráněném bydlení, chráněném zaměstnání, denním stacionáři či v adiktologických terapeutických komunitách a dalších komunitních složkách systému péče. Nejvíce se tomuto přístupu v ČR v adiktologických službách podobá model terapeutických komunit, které léčí klienty s duální diagnózou, a kde se v léčbě duálních diagnóz využívá prvků léčby integrované. Jedním z předpokladů integrované údravy jsou právě žádoucí kapacity terapeutického týmu podle Kaliny a Váchy (2013):

- vytvoření bezpečné aliance pro klienta;
- podpora motivace a vzhledu do jeho obtíží a jejich vztahových konsekvencí;
- příklon k interpersonálnímu učení;
- pomoc klientovi rozvinout schopnost vyrovnat se s mnohonásobnými problémy;
- podporovat klienta k rozvoji dovedností, jak udržet zisky z léčby;
- rozšířit pojem „relaps“ a „prevence relapsu“ na různá selhání v životě.

Východiskem konceptu údravy a potenciálu pro údravu v adiktologii je především psychoterapeutické pojetí návykové poruchy a závislosti, v němž je zneužívání návykových látek projevem, nikoliv podstatou poruchy. Podstata je v poruše celé osobnosti (nezralost, nízké sebehodnocení a problémy spojené s charakterem a životním scénářem). De Leon (2006) zdůrazňuje, že údrava drogové závislosti zahrnuje právě eliminaci výše zmiňovaných poruch celé osobnosti včetně změny životního scénáře a také, že jde o proces celoživotní. Pojetí údravy znamená nejen rehabilitaci (obnovu plnohodnotného života) ale právě i habilitaci (faktický začátek plnohodnotného života) (De Leon, 2006 in Kalina, 2015).

Mezi komponenty údravy a podpory potenciálu patří podle Kaliny (2015) *vztahy k druhým*, pro které je nutné vytvořit bezpečné prostředí a kultivovat reálné vztahy ve skupině i v rodině, a tím nalezení *místa, jazyka a řádu* mezi druhými ve skupině a v komunitě. Dalšími složkami jsou *vztah k sobě* a *vnitřní řízení*, které je možné u klienta rozvíjet akceptováním, neodsuzováním a oceňováním, dále také podpořit klienta, aby rozpoznal, čím ubližuje a prospívá sobě i druhým. Spadá sem i podpora odpovědnosti za sebe i druhé. Bez porozumění sobě samému není údrava možná. *Kontinuita vlastního života* spočívá ve vytvoření prostoru pro vyprávění a naslouchání, jelikož lidé s vážnějšími poruchami duševního zdraví mají tuto kontinuitu narušenou, jejich prožívání vlastního příběhu je útržkovité, žitý čas se točí v kruhu a nemá budoucnost. Během vyprávění příběhu může dojít k rekonstrukci vlastního příběhu a nakonec k narativní proměně. Poslední komponentou je *schopnost zvládat stres a frustraci*, jelikož duševně nemocní mají toto narušené a vykazují nízkou schopnost containmentu (Kalina, 2015).

V procesu zotavení se dle publikace *Cesty k zotavení* od Ridgway et al. (2014) postupuje jednotlivými jedenácti kroky. Autoři zmiňují jako první krok procesu zotavení přípravu na

¹³ Přístup recovery – zotavení v praxi využívají prozatím dvě české organizace – Fokus Praha, z.ú., a Péče o duševní zdraví, z. s.. Centrum vzdělávání Fokusu Praha nabízí vzdělávací kurz Recovery akreditovaný MPSV. Péče o duševní zdraví, z. s. otevřela na podzim 2016 psychoterapeutickou skupinu vedenou peerem (osobní sdělení vedoucí PDZ, z. s. Pinkasová, 2016).

cestu, tzv. PAS, ve které se má jedinec zamyslet nad svými postoji, vzkřísit naději a pěstovat odvahu, dále na aktivitu podporující zotavení, vybočit ze „zajetých kolejí“ a pěstovat pozitivní vnitřní řeč a změnit své způsoby uvažování. Dalším krokem je rozjezd, který spočívá v motivaci a vlastní zodpovědnosti za proces změny směrem k zotavení, dále pak sebeobjevování svých předností a hledání zdrojů energie (vědomosti, dovednosti, kultura, povahové rysy, čeho si na mně cení ostatní, kdo mi může prospět z mého okolí). Klient by si také měl uvědomit vlastní vize úzdravy, pěstovat víru v sebe sama, empowerment, mapovat a klást si cíle v různých životních oblastech (domov a bydlení, vzdělání, ekonomické prostředky, práce a povolání, volný čas a odpočinek, zdraví a celková kondice, důvěrné vztahy a sexualita a duchovní život). Dalším krokem je uvědomění si, že člověk nemusí být na celý proces zotavení sám, může hledat společníky a podporu okolí, s čímž souvisí obnova vztahů, zlepšení komunikace a budování důvěry. V neposlední řadě motivovat a pokračovat v procesu zotavení navzdory relapsům, zatížení stigmatem, nejasným cílům a strachu z prohry i z úspěchu. Klient by si měl také uvědomit, kdy odpočívat a naučit se odměňovat za každý úspěch. Autoři také zmiňují důležitost peer programů, kde již „zotavení, uzdravení“ mohou sdílet své příběhy a tím podpořit ostatní (peer programy) (Ridgway et al., 2014).

7 Specifický léčebný přístup – inspirace z Belgie

V této kapitole bych ráda využila prostoru pro seznámení čtenáře s inspirativním přístupem komunitní služby Villa Voortman, kterou jsem mohla poznat při studijním pobytu v Belgii v prosinci 2015. Propojuje v praxi jednotlivá výše zmíněná témata a především vychází z principů komunitní/sociální psychiatrie. Pro tuto kapitolu je využito mých osobních poznatků z exkurze a mé kolegyně Mgr. Michaely Kubátové (adiktologa), která zde byla na praxi v roce 2014.

Villa Voortman¹⁴ je nízkoprahové zařízení využívající principů Harm Reduction, akceptace a přístupu „všichni jsme si rovni“. Tato služba byla založena v belgickém Gentu roce 2011 Dirkem Bryssinckem a Johanem Vanderstraetenem, kteří mají více než dvacetiletou praxi jako psychologové v psychiatrickém prostředí. Idea vzniku VV, která se liší od běžného provozu psychiatrických oddělení (nutno zmínit, že VV spadá pod Psychiatrické centrum Gent Sleidinge), vzešel z nedostatku dostupných služeb pro pacienty s duální diagnózou, a kteří mají vícečetné problémy a soustavně selhávají v léčbě.

Filozofie VV vychází ze socioterapeutického modelu Maxwella Jonese o maximální odpovědnosti a participaci a jeho zásad demokratické terapeutické komunity. Komunikace mezi pracovníky a klienty probíhá na horizontální úrovni.

VV vychází z principů dle Rapoport (1960):

- permisivita (porozumění a tolerance pro druhé bez kritických připomínek a odsuzujících komentářů a postupů, tj. pracovat s lidmi bez cenzury či trestů, vyjádří-li někdo otevřeně emoce);
- demokracie (rovné příležitosti k účasti);
- komunalita a transparentnost (otevřená komunikace mezi sebou navzájem a s veřejností).

Jde o ojedinělý „hybrid“ terapeutické komunity a nízkoprahového denního stacionáře. V Belgii je tato služba originální odpovědí na proces deinstitucionalizace. Koncept VV se inspiroval filozofií antipsychiatrického hnutí (sociální psychiatrií), hlásícímu k myšlence, že všechny duševní nemoci jsou pouze adekvátní odpovědí na patologické sociální prostředí, odmítající udělování diagnóz vedoucím ke stigmatizaci a usilující o deinstitucionalizaci.

Cílovou skupinou VV jsou lidé s duální diagnózou, nejčastěji s psychotickým onemocněním, marginalizovaní, kteří jsou minimálně či případně nejsou zapojeni do léčebných aktivit v jiných zařízeních, lidé trpící syndromem otáčivých dveří - rizikové skupiny trpící několikanásobnými rehospitalizacemi. Jedinými limity pro vstup do VV je věk (minimálně osmnáct let) a duální diagnóza.

VV je prvním kontaktním místem, místem setkání, pro tyto marginalizované osoby. Klienty se snaží vést k *empowermentu* - dát jim prostor pro vytvoření nové sociální reality, sítě - nové rodiny. VV je otevřena každý všední den od 9:00 do 16:30 hodin a pobyt zde není nijak

¹⁴ Dále jen VV.

časově omezený. Denně navštíví tuto službu průměrně třicet návštěvníků. Každý nový návštěvník musí projít úvodním („příjmovým“) pohovorem s psychologem, což funguje i jako registrace do služby.

VV používá pouze tři základní pravidla: žádné násilí, žádné drogy, žádný sex. Nikoliv terapeuti, ale klienti/návštěvníci navzájem hlídají dodržování pravidel. Můžeme zde cítit loajalitu a bezpečnost. Když někdo poruší pravidlo, je s ním zahájen dialog. Klient může dostat zákaz vstupu do VV (čtyři týdny je maximum), ale dochází k tomu jen ojediněle. Jakmile vyprší „stopka“, je klient opět vítán. Jak můžeme vidět, pravidla jsou omezena na minimum, ale klienti si mezi sebou vytvořili kardinální pravidla spíše morálního rázu: v maximální možné míře se respektovat, minimalizovat pravidla a zákony, vytvářet přátelskou atmosféru, spolupracovat, být tvořivý, spontánní a další (všechny tyto hodnoty jsou namalované na zdech VV samotnými klienty).

Sídlo VV již při prvním vstupu zaujme návštěvníka svým kreativním vzezřením a celkovými uměleckými záměry.

Klient zde může nabýt korektivní zkušenost participace – někam patřit. VV se snaží stimulovat návštěvníky poskytnutím podpůrného trpělivého prostředí, tím posílit jejich osobní růst a mezilidské vztahy a umožnit jim příležitosti vlastního rozhodování a zapojení se do uměleckých aktivit (arteterapie, muzikoterapie, sledování filmů) a dalších každodenních činností (vaření, jóga, nakupování aj.).

Každý den má pevnou strukturu. Nejprve jdou klienti s dobrovolníkem na nákup surovin pro přípravu oběda, po obědě si mohou klienti vybrat z mnoha aktivit (arteterapie, jóga, muzikoterapie, které si však musí sami připravit), diskutovat o svých problémech s ostatními klienty/dobrovolníky/terapeutem (každý den je tam jen jeden terapeut). VV má pouze dva stálé zaměstnance (zakladatele), o zbytek fungování se starají studenti humanitních oborů a především dobrovolníci jak z oblasti sociálních oborů, psychologie a pedagogiky, tak i z oblastí uměleckých, na dlouhodobé dobrovolnické stáže sem dochází studenti z fotografických škol, malby, hudby, filmu či sochařství. Dobrovolníci fungují v roli socioterapeutů, kteří poskytují klientům impulzy ke kreativním činnostem, pomáhají klientům s každodenním chodem ve VV a doprovázejí je do různých zařízení.

Ve VV můžeme najít zkušebnu/nahrávací studio pro nahrávání hudby, dále je zde ateliér pro malbu, sochařství a další formy umění. Každý den se promítá film ve filmovém klubu. Velká část klientů je zapojena do fotografického projektu, ve kterém se angažují i studenti z uměleckých škol. Klienti fotí fotky ze svého života, které si pak fotky mohou vyvolat a ponechat či sdílet s ostatními ve VV (nebo je třeba vylepit po zdech VV). Další program představují schůzky poezie a filozofie a divadelní hodiny. Klienti také jezdí společně na poznávací výlety do okolních měst.

Je zde také místnost s lůžkem určená pro ty klienty, kteří z různých důvodů (bezdomovectví, komplikované sociální zázemí doma atd.) nemohli v minulých dnech spát. Tito zde mohou spát během dne. Ve VV mají klienti možnost využít také hygienického servisu a vyprat si prádlo v pračce.

Každé úterý se koná komunitní setkání o další existenci VV (vytváří se plán činností pro dobrovolníky a organizační plán na nadcházející týden). Každý první čtvrtek v měsíci mají den otevřených dveří pro občany, se kterými jak pracovníci, tak klienti, diskutují činnosti VV, což opět vede k začleňování klientů do většinové společnosti.

Ve VV je využíváno humanistického přístupu – Dirk Bryssinck mi jejich přístup vysvětluje pomocí metafor z Malého Prince¹⁵ a příběhu Lišky, která princovi sděluje *“Lidé zapomněli být moudří. Oči nevidí důležité věci. Důležité věci můžeme vidět pouze srdcem”*. Denně si ve VV každý pokládá otázku “kdo jsem?”, “kdo jsme?”. Díky neustálé otevřené komunikaci mezi všemi zúčastněnými se snaží hledat odpovědi.

Ve VV se každý učí od sebe navzájem. Nejen klienti od profesionálů, ale přímo klienti sami jsou důležitým zdrojem informací a mohou učit terapeutů tím, že jim mohou předat cenné životní zkušenosti. Stejně tak studenti se mohou učit od klientů a klienti od nich. Totéž platí ve vztahu mezi dobrovolníky a dalšími lidmi, kteří pracují ve VV či ji navštěvují. VV je mimořádná služba pro lidi s mnohočetnými problémy.

¹⁵ de Saint-Exupéry, A. (2016). *Malý princ*. Albatros, Albatros Media a.s.

PRAKTICKÁ ČÁST

8 Metodologie

V následující části diplomové práce bude představen vlastní výzkum diplomové práce včetně metodologických a etických aspektů.

8.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je na případových studiích jednotlivých klientů s duální diagnózou demonstrovat metodu case managementu ve službách komunitní/sociální psychiatrie, prozkoumat etiologii a interakci jednotlivých onemocnění a zmapovat vnitřní potenciál a vnější zdroje recovery jednotlivých klientů.

Výzkumné otázky

- 1) Jak ovlivnily návykové látky průběh psychiatrické nemoci klientů jednotlivých případových studií?
- 2) Jaký model léčby duálních diagnóz jednotlivé případové studie představují?
- 3) Jaký model case managementu jednotlivé případové studie představují?
- 4) Jaké intervence je vhodné použít k možnosti zlepšení zdravotního stavu klientů jednotlivých případových studií?

8.2 Výzkumný soubor a metoda jeho výběru

Výzkumný soubor tvoří klienti komunitní sociální služby primárně spolupracující s klienty s duševním onemocněním. Tato organizace podporuje u klientů především k resocializaci a možnosti žít v přirozeném prostředí. Snahou tohoto zařízení je postupnými kroky dojít ke klientově úzdavě.

Výzkumný soubor tvoří celkem tři respondenti, kteří splňovali kritéria duální diagnózy a byli ochotni se podílet na výzkumu, konkrétně dva muži a jedna žena. Charakteristiky jednotlivých klientů jsou porovnány v Tabulce 1.

Pro daný výzkum byla zvolena nepravděpodobností metoda výběru výzkumného souboru, tedy prostého záměrného (účelového) výběru. Metoda záměrného (účelového) výběru spočívá v cíleném vyhledávání účastníků podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je právě vybraná (určená) vlastnost nebo stav (Miovský, 2006) - v případně tohoto výzkumu přítomnost duální diagnózy, věk nad osmnáct let a zapojení do programu komunitní péče.

Více kritérií zadáno nebylo z důvodu již takto těžko dostupných klientů. Původním záměrem bylo oslovit minimálně šest klientů. Kontaktování však bylo složité. Klienti byli hledáni a oslovováni skrze case managery komunitní služby.

Tabulka 1 Charakteristika výzkumného souboru

	Leona	Jindřich	Vít
Věk	26 let	31 let	31 let
Dg	F20.3	F20.0	F20.0
	F60.3		
	F70.1		
Primární NL¹⁶	alkohol + tabák	alkohol + tabák	marihuana (v minulosti), nyní pouze tabák
Ostatní NL	pervitin	marihuana	alkohol
	marihuana	pervitin	LSD, psilocybin
			extáze
			pervitin
			kokain
Nelátkové závislosti		sport	online gambling
Důvod prvního užití	traumatizace ze strany matky	spojení s kamarády	nuda
Fáze užívání NL nyní	kontrolované pití	relaps (alkohol, marihuana)	příležitostné pití
Vzdělání	ošetřovatelství	trenérství	podnikání
V kontaktu s rodinou	ano	ano	ano
Bezpečné bydlení	ano	ne	ano
Zaměstnání	ne	ne	ano
Trávení volného času	spíše pasivní (odpočinek)	spíše aktivní (s přáteli - problém - alkohol, marihuana)	pasivní (odpočinek)
Přátelé	ne	ano	ano
Ambulantní psychiatrie	od 12/15 let	od 26 let	od 22 let
Hospitalizace	Krátkodobé	1. detence	1 x dlouhodobá k dg F20.0
	1. dlouhodobá - AT odd. PN	celkem 3 x	
	2. dlouhodobá k dg F20.3		
Poslední hospitalizace	červenec 2016	leden 2016	2012
Case management	od 2014 přerušovaně	od června 2015	od ledna 2014
Adiktologické služby	ne	ne	ano (KC - gambling)
Psychosociální RHB	volnočas. aktivity (klub)		volnočas. aktivity
	nácvik soc. dovedností		vzdělávání (angličtina)
	nácvik každodenních činností		rekondiční pobyt pro lidi s psychózou
			terapeutická skupina pro lidi s psychózou

¹⁶ Návykové látky

Nejprve case manageri ve spolupráci s kolegy z pracovního týmu hledali vhodné respondenty, kteří soubor kritérií splnili, a byl u nich potenciál, že budou s účastí ve výzkumu souhlasit. Tým se na jejich výběru shodl. Následně klíčový pracovník/case manager oslovil vybrané klienty a vedl s nimi individuální rozhovory o možnosti zapojení se do výzkumu. Když klient souhlasil se zapojením do výzkumu, case manager s ním domluvil konkrétní datum schůzky s výzkumníkem, při které došlo ke sběru dat.

8.3 Případová studie jako metoda kvalitativního přístupu

Značnou část výzkumné části práce tvoří tři jednopřípadové studie zaměřené na case management. Jednopřípadovou studií se rozumí studie jedné osoby, kdy se výzkumník zaměřuje na různé oblasti jejího života a je jeho snahou sestavit celkový obraz daného případu v co nejširších souvislostech (Hendl, 1999). Případová studie popisuje problém v jeho komplexnosti, díky které může výzkumník dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům (Miovský, 2006).

Případová studie zaměřená na case management je alternativou ke klinické kazuistice, která zachycuje postup intenzivního vedení případu, kdy case manager poskytuje či zprostředkovává klientovi různé typy služeb (zdravotních, sociálních aj.).

V případových studiích je využito následující osnovy - charakteristika případu; situace výchozího bodu; anamnestická data v příběhu klienta; role návykových látek v klientově životě; klient v léčbě jako kontrast k case managementu; dovednosti a motivace; vnější zdroje recovery; přání a cíle; case management; rozbor případu z adiktologického a recovery hlediska a souhrn případové studie.

K získání dat pro případové studie byla využita metoda polostrukturovaného interview a analýza dokumentů z jednotlivých karet klientů a zápisů z databáze Highlander, kterou využívají pracovníci k předávání informací s týmem i psychiatry.

V dané práci se snažím na jednopřípadových studiích demonstrovat metodu case managementu, hledám možnosti objasnit etiologii a interakci jednotlivých onemocnění a pokouším se zmapovat vnitřní potenciál a vnější zdroje recovery jednotlivých klientů.

8.4 Metody tvorby a analýzy dat

8.4.1 Metoda polostrukturovaného interview

Do přípravy polostrukturovaného interview patří specifikace tematických okruhů odpovídající cílům a výzkumným otázkám případové studie. Je definováno tzv. jádro interview, to znamená ta témata a otázky, které výzkumník využije v praxi. Je možné zaměřovat pořadí témat a pokládat doplňující otázky s cílem odpovědět na výzkumné otázky (Miovský, 2006).

S každým respondentem jsem provedla polostrukturované interview trvající v průměru šedesát minut. Pro sběr dat byla definována tato témata – osobní, rodinná, sociální, pracovní anamnéza, mapování charakteristického užívání návykových látek, léčba (ambulantní, ústavní, komunitní), dovednosti a motivace, vnější zdroje recovery – úzdravy, klientova přání a cíle.

Každému interview přecházela edukace klienta o účelu naší schůzky. Klient byl seznámen s jednotlivými kroky sběru dat, k čemu sebraná data budou sloužit, jakým tématem se zabývám v této práci, v poslední fázi edukace byl klient seznámen s informovaným souhlasem (viz Příloha 1). Interview probíhala na různých místech (dvakrát v konzultovně, jednou v terénu).

Fixace dat byla provedena audiozáznamem na mobilní telefon. Další etapou bylo zpracování těchto dat pro kvalitativní analýzu. Nejprve byla provedena transkripce upravená redukcí prvního řádu, čímž byl text zbaven irelevantních pojmů (Miovský, 2006).

8.4.2 Textové dokumenty jako zdroje kvalitativních dat

Analýza textových dokumentů (dotazníky AUDIT; DAST; individuální plány; dotazníky kvality života; dotazníky kvality prostředí; hodnoty a kritéria; výpisy z programu Highlander) tvoří specifickou oblast aplikace kvalitativního přístupu, jelikož tyto materiály existují nezávisle na výzkumné činnosti, poněvadž nejsou obvykle vytvářeny výzkumníkem. Tudíž nejde přímo o metodu získávání dat, kdy data v průběhu výzkumu různými postupy a metodami skutečně vytvářím. Zde jsou již data vytvořená, fixovaná a pouze jsem je musela shromáždit. To je odlišný postup od postupu vytváření dat (např. metody interview použité pro sběr a tvorbu dat v této práci).

8.4.3 Metody analýzy dat

Pro analýzu kvalitativních dat jsem využila kombinaci několik metod. Někteří autoři (Miles & Huberman, 1994; Corbin & Strauss, 1999; Miovský, 2006) považují již fázi zpracovávání dat za součást samotné analýzy. Kvalitativní metodologie nabízí několik nástrojů jak porozumět vnitřnímu světu jedince. V daném výzkumu jsem pro analýzu dat postupovala dle fází, které popsali Miles a Huberman (1994) – nejprve jsem data kódovala dle klíčových slov¹⁷, které obsahově odpovídají zvoleným tématům ke sběru dat, abych si vytvořila systém pro snadnější a rychlejší orientaci v transkriptu a datech sebraných z textových dokumentů. Dalším krokem je archivace kódovaných dat, kdy jsem uchovala zakódovaný i původní text v elektronické podobě jako organizované homogenní databáze, respektive dva oddělené dokumenty Word. Získaná data z dokumentů, rozhovorů a svých poznámek jsem následně propojila, vytvořila z nich trsy odpovídající jednotlivým bodům kazuistik. Data byla vložena

¹⁷ Užívání návykových látek, hospitalizace, rodina, volný čas, přání a cíle, dovednosti, case management, vnější zdroje recovery, instituce zapojené do procesu úzdravy.

do souvislého textu, okomentována a doplněna tak, aby byla uvedena do kontextuálních vztahů a usnadňovala a zpřesňovala analýzu. Poté dochází k vyvozování závěrů a verifikace, tzn. interpretaci údajů a ověření jejich platnosti, budování teorie, kdy jsem zjištěné poznatky popsala a pokusila se vysvětlit¹⁸. Tím, že jsou jednotlivé případové studie natolik specifické a jejich zobecnění není žádoucí, poslední fázi, grafické mapování, vynechávám, nevytvářím tedy žádná schémata nové teorie.

8.5 Metodologické limity výzkumu

Cíl výzkumu je záměrně všeobecně definován, jelikož již při prvních plánech tvorby diplomové práce bylo zřejmé, že bude velice náročné najít respondenty k výzkumu. Kdyby byl zúžen do specifitější podoby, nebyl by výzkum realizovatelný. Všeobecně je účelem této diplomové práce především poukázat na neexistující výzkumy na toto téma a celkově problematiku transformace psychiatrické péče, která – dojde-li k ní – se dotkne i problematiky duálních diagnóz. Praktická část a její výzkum je brán jako „pilotáž“. Výzkumný soubor je zúžený na tři respondenty vybranými case managery, kteří s jednotlivými respondenty spolupracují, což vnímám také jako limitující. Oslovila jsem více komunitních služeb, ale pouze s jednou se povedlo navázat spolupráci. V dalším výzkumu proto navrhuji srovnat případové studie z více služeb komunitní péče.

Dalším limitem byla metoda sběru dat pomocí polostrukturovaného interview – proveditelnost byla velice náročná, došlo k oslovení klientů, se kterými jsem se před tím nikdy nesetkala. Také při této metodě mohlo dojít k poškození klienta ze strany výzkumníka (konkrétně ke cravingu při otevření tématu problematiky návykových látek). Limitující shledávám i v analýze textových dokumentů, jelikož analýza některých dotazníků u některého respondenta proběhla, u jiného respondenta ne, protože některá data v dotaznících chyběla, případně dotazníky u některých klientů nebyly vůbec vyplněny.

8.6 Etické aspekty práce

V průběhu realizace studie byly dodrženy následující etické principy sloužící k ochraně účastníků výzkumu.

Mezi hlavní etické normy patří:

- a. informovaný souhlas s účastí ve výzkumu (viz Příloha 1),
- b. ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu (anonymní zpracování dat),
- c. ochrana před újmou či poškozením účastníků výzkumu (Miovský, 2006).

Informovaný souhlas byl vyhotoven ve dvou kopiích – jeden pro respondenta, druhý pro výzkumníka. Respondent byl s informovaným souhlasem seznámen před zahájením sběru dat, seznámen s účelem výzkumu, poučen o cílech, metodách, výhodách i případných

¹⁸ Tento bod koresponduje s rozborů jednotlivých případových studií.

rizicích výzkumu. Respondenti vyjádřili porozumění sdělení. Po celou dobu měl respondent možnost z výzkumu kdykoliv odstoupit a byl poučen, že není jeho povinností odpovídat na veškerá témata.

Respondent byl dále poučen o ochraně soukromí a osobních údajů, jejímž hlavním cílem je zachovávat mlčenlivost a důvěrnost informací, jež by mohly vést k identifikaci účastníků (jak v procesu sběru a analýzy dat, tak při případné prezentaci jeho výsledků). Veškerá data byla zpracována anonymně a použita pouze nezbytně nutná data pro studii. V zájmu zachování důsledné anonymity klientů a ochrany jejich osobních dat jsem anonymizovala název zařízení, ve kterém byla data získána a některá možná identifikující data byla mírně posunuta či vynechána. Respondenti byli rovněž seznámeni s tím, jaké konkrétní materiály budou v diplomové práci využity.

Ochrana před újmou či poškozením účastníků výzkumu vymezuje, že během výzkumné činnosti nesmí dojít k jakékoli újmě hmotné, duševní či jiné (Miovský, 2006). Účastníci výzkumu nebyli vystavováni neobvyklému stresu, manipulaci nebo osobnímu riziku. Zvláštní ohled byl kladen na aktuální fyzický a psychický stav respondentů (například měli respondenti možnost přestávky na cigaretu).

9 Případové studie

V následující části diplomové práce se budu podrobně zabývat rozbořem jednotlivých případových studií. Zpracování každé případové studie se drží následující osnovy:

1. charakteristika případu a situace výchozího bodu;
2. anamnestická data v příběhu klienta;
3. role návykových látek v klientově životě;
4. klient v léčbě jako kontrast k case managementu;
5. case management;
6. potenciál recovery (dovednosti a motivace, vnější zdroje recovery, přání a cíle);
7. rozbor případu z adiktologického a recovery hlediska;
8. souhrn případové studie.

9.1 Leona

9.1.1 Charakteristika případu a situace výchozího bodu

Leona (26), je klientka s diagnostikovanou nediferencovanou schizofrenií (F20.3), emočně nestabilní poruchou (F60.3) a lehkou mentální retardací (F71.0). Denně kouří cigarety, alkohol pije třikrát týdně, ale v minulosti užívala alkohol ve velkých dávkách (0,4 litru rumu denně), díky čemuž byla hospitalizovaná v léčebně pro návykové nemoci. Experimentovala také s marihuanou a pervitinem (i. v.). Má vystudovaný obor ošetřovatelka. V jedenadvaceti letech porodila syna (5), o kterého však pečuje její matka, ona nyní žije střídavě u matky a u přítele. V komunitních službách s klientkou navázána spolupráce od roku 2014, která však byla přerušena a opět navázána v březnu 2016.

S klientkou se setkávám na doporučení a domluvenou spolupráci skrze case managera, který mi předjednal s klientkou schůzku pro sběr dat k diplomové práci. Shledáváme se v době, kdy je u klientky „čerstvě“ diagnostikovaná schizofrenie (Leona byla před měsícem propuštěna z dlouhodobé hospitalizace). Působí velice vystrašeně a při rozhovoru se upíná na odpověď na svou otázku, zda je schizofrenie léčitelná, kterou opakuje sedmkrát v průběhu našeho setkání. V době spolupráce Leona udává, že problémy s návykovými látkami, kromě nikotinu a alkoholu, nemá. Vypije v průměru sedm půl litrů piva během období tří týdnů (cca dva půl litry za týden).

9.1.2 Anamnestická data v příběhu Leony

Leona se narodila v roce 1990 matce, se kterou nyní žije v jednom bytě. Otec s nimi nyní nebydlí, Leona se o něm při rozhovoru vůbec nezmiňuje. Má ještě bratra a sestru.

Její matka se jí stará o jejího pětiletého syna a tím supluje roli klientky jakožto matky, jelikož má Leona s výchovou problémy. Matka se stará o domácnost, vaří, Leona matce pomáhá s úklidem. Syn je pro klientku někdo, s kým si může hrát. Když o něm mluví, směje se, má radost. Má radost také z toho, že ho v mateřské školce učitelky chválí.

Od šestnácti do devatenácti let studovala na odborném učilišti obor pečovatelka, poté si chtěla dodělat maturitu na střední zdravotnické škole, kterou studovala do svých třidvaceti let. Maturitu však nezískala, protože ji ve třetím ročníku z důvodu nezvládnutí opravné zkoušky vyhodili. Ve škole také věděli, že experimentuje s pervitinem („*Oni věděli, že fetuji.*“). V této době také uvádí, že kamarádila s lidmi bez domova a s Romy. Po vyloučení ze školy (bylo jí v té době dvacet tři let) pracovala jako uklízečka ve fastfoodu, nikdy však nepracovala déle jak půl roku.

V roce 2014 bydlela v pronajatém bytě s přítelem. Přítel je řidič kamionů, stará se o finance, ale se synem nepomáhá. Ona o něm však mluví kladně, má ho ráda, je jí oporou a slovně ho hodnotí, že „*je bezvadný, až na to, že hulí*“. V tomto roce také klientce hrozilo odebrání syna, jelikož dle výpovědi matky „*celé dny polehávala v posteli a zanedbávala péči*“. Poprvé taky v kontaktu s komunitní péčí, kdy OSPOD oslovil case managera se zakázkou aktivizovat klientku a pomoci dokončit střední školu.

Doma podle jejich slov nikdo problémy s návykovými látkami nemá, její sestra ani nekouří. Přítel kouří marihuanu. Rodina ví o jejím návykovém chování, ale nikdo podle jejich slov neví o užívání pervitinu.

Leona trpí velmi nízkým sebevědomím s neustálou potřebou si něco dokázat. Selhání u ní vede k demonstrativním sebevražedným pokusům. Má sklony k agresivitě, pokud se cítí být nepochopena či vyčleněna a pokud jí někdo lže a je neupřímný. Je pro ni také těžké začlenit se do kolektivu.

S klientkou také bylo obtížné komunikovat z důvodu nesoustředěnosti. Odpovědi na některé otázky promlčela.

9.1.3 Role návykových látek v životě Leony

Leona začala užívat alkohol v roce 2008, kdy jí bylo osmnáct let. V té době udává, že jí matka chtěla „*zbavit svéprávnosti*“. Matka jí vyhrožovala. Klientka následně začala denně pít, aby se dostala stavu „*na mol*“. Vypila v průměru 0,4 litru tvrdého alkoholu – rumu denně. Je-li pod psychickým tlakem (hádky), hledá formu pomoci v alkoholu. Sama udává, že „*pila na žal*“.

Závislost na alkoholu ji po šesti letech užívání dovedla až do léčebny pro návykové nemoci, kde byla hospitalizovaná dobrovolně, ale dlouho tam nevydržela.

Na začátku mluví o tom, že má problémy s alkoholem, během rozhovoru se však několikrát ubezpečuje, že na tom tak „*špatně*“ není. Nyní za poslední dva roky vypije v průměru sedm půl litrů piva během období tří týdnů (cca dvě za týden). Pivo jí přináší dobrou náladu a chutná jí.

V roce 2013 (rok před první hospitalizací v léčebně pro návykové nemoci) poprvé vyzkoušela pervitin. Ihned aplikovala intravenózně, což se naučila sama. Poprvé si o pervitin řekla kamarádovi. Injekční stříkačky si kupovala v lékárně. Dostala doporučení, že by jí

mohl pomoci „*inteligentně*“. Dle klientky výpovědi: „*Já jsem potřebovala něco, co by mi pomohlo inteligentně*“. Pervitin užila během období dvou let dvacetkrát. Když jsem se jí ptala, v jaké situaci užila pervitin, odmítla odpovédět. Pervitin kombinovala s alkoholem. Dvakrát v životě vyzkoušela kouřit marihuanu, avšak to ji neoslovilo. Klientka udává: „*Pervitin, ten mě oslovil. A alkohol.*“ Leona se za experimentování s pervitinem stydí.

Doma se o návykových látkách nemluví, nebaví se o nich ani se svým přítelem. Pouze psychiatr ví, že užívala pervitin. Leona vnímá, že case manager se podle jejich slov s ní na toto téma také moc nebaví. Podle jejich slov „*se s tím trápí sama*“.

Leona je také celkem silná kuřačka, během rozhovoru skoro bez přestání vykouřila náplň elektronické cigarety. O svém kouření hovoří, že „*bez toho nemůže být*“.

9.1.4 Leona v léčbě jako kontrast k case managementu.

Leona je v péči psychiatra od svých dvanácti (dodává, že „*možná od patnácti*“) let (výchovné problémy, poruchy učení).

Byla několikrát hospitalizována krátkodobě na psychiatrickém oddělení. O jedné ze svých hospitalizací mluví jako o svém přání („*Chtěla jsem se tam dostat... je to přímo psychiatrie, člověk může mít u sebe telefon a tak.*“). Na otázku, zda si tam sama zavolala dobrovolně, a zda byla zvědavá a chtěla vyzkoušet, jaké to tam je, odpověděla „*ne*“. Nejprve vyjadřuje stud a odmítá o tom mluvit, ale záhy se přiznává, že rozdávala pytlíky čaje a léky před základní školou a nakonec jí odvezla policie na psychiatrické oddělení.

Dlouhodobě byla poprvé dobrovolně hospitalizována v léčebně návykových nemocí v roce 2014 z důvodu problému s alkoholem a pervitinem. Dle svých slov tam však „*dlouho*“ nevydržela. Na otázku, zda pro ni tato hospitalizace byla náročná, neodpovídá.

Druhá dlouhodobá hospitalizace byla v psychiatrické nemocnici od října 2015 do července 2016, kde jí diagnostikovali schizofrenii. Tuto osmiměsíční hospitalizaci hodnotí jako nepříjemnou, nechtěla se tam s nikým bavit o svém onemocnění a doteď má nedostatek informací o tomto tématu. Cítí obavy z budoucnosti (sedmkrát položená otázka „*Ta schizofrenie není léčitelná?*“; „*Takže už se nikdy neuzdravím?*“; „*Nebudu moci mít nikdy děti?*“).

Od srpna 2016 chodí jednou za tři týdny na depotní injekce, u psychiatra stráví na prohlídce v průměru patnáct minut. Psychiatr se jí nejčastěji ptá na léky, zda užívá alkohol a jaký má spánek. Sluchovými halucinacemi netrpí.

Pravidelně dvakrát týdně navštěvuje komunitní služby pro duševně nemocné (především resocializační klubové aktivity).

Na otázku „*co Vám nejvíc pomohlo na Vaše onemocnění?*“ mi Leona popsala situaci, kdy byla hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení a mohla pomáhat zdravotnickému personálu.

9.1.5 Case management

Leona se dostává do komunitní péče skrze OSPOD, který kontaktoval manažera v roce 2014 s tím, aby ji aktivizoval a pomohl dostudovat střední školu. I přes prvotní nedoporučení psychiatrem Leona navázala s case managerem spolupráci, docházela na schůzky, pak se však fixovala na přání porodit další dítě. Vysadila psychiatrické léky a v říjnu 2014 se její stav zhoršil natolik, že byla nebezpečná sobě i okolí a byla dvakrát hospitalizovaná. Leona navázala s case managerem vztah a měla možnost si s někým popovídat, aniž by byla odsuzovaná. Case manager ji podporoval při hospitalizaci, hraničení, avšak nakonec byla s Leonou spolupráce ukončena, jelikož byly zakázky vyčerpané a o doménu rodina a řešení její situace, kterou case manager navrhoval, Leona neměla zájem. V březnu 2016 došlo k opětovné navázání spolupráce, kdy klientky ošetřující lékař při její hospitalizaci doporučil službu case managera s domluvou následné péče.

Začátek března 2016 – Leona je hospitalizovaná, case manager ji navštíví na doporučení psychiatra a kontaktuje telefonicky matku, která má také zájem o zapojení dcery do komunitní péče. Po týdnu telefonuje do psychiatrické nemocnice (dále jen PN) a dozvídá se, že se zdravotní stav klientky zlepšil, nyní jezdí domů na propustky, chodí na terapii. Opět navštěvuje klientku v PN. Domlouvají se spolu na individuálním plánu po propuštění, které je plánováno do jednoho měsíce. Leona si přeje najít zaměstnání. Case manager nabízí volnočasové aktivity formou klubových komunitních akcí, které realizuje jeho organizace. Leona tuto nabídku odmítá, protože svou pozornost aktuálně koncentruje směrem k práci. Nadále si přeje další dítě, case manager doporučuje se více zaměřit na péči syna. Case manager je také v kontaktu se sociální pracovníci a řeší, co bude s klientkou po propuštění.

Po dvou týdnech hovor s PN o tom, že propustka proběhla bez problémů a Leona se připravuje na propuštění. V těchto dnech dochází ke kontaktu s matkou na téma klientky propuštění.

Začátek dubna 2016 – Case managerovi volá matka, prosí o zapojení klientky do volnočasových aktivit. Matce bylo vysvětleno, že musí být motivována primárně Leona, zda se chce do aktivit zapojit. Dochází také k telefonickému kontaktu se sociální pracovníci z PN o tom, že se klientce po poslední propustce zhoršil zdravotní stav, byla přeložena na příjmové oddělení akutního neklidu, tudíž dochází k prolongaci hospitalizace o další dva měsíce. U Leony byla zahájena intenzivní léčba a case managerovi bylo doporučeno minimálně měsíc klientku nenavštěvovat. V polovině dubna dochází k výraznému zhoršení zdravotního stavu klientky, příčina není odborníkům známa. Dochází také k přiznání třetího stupně invalidního důchodu. Koncem dubna má case manager telefonický kontakt s matkou o plánované návštěvě a snaží se dovolat klientce do PN, která však hovor nepřijímá.

Druhá polovina května 2016 – Case manager má první schůzku s klientkou po měsíční pauze. Leonu pravidelně navštěvuje matka, přítel, farář. Leona udává, že se cítí dobře a nechápe, proč jí nepropustili domů. Sděluje, že má být přeložena, case manager tuto informaci ověřuje přes sociální pracovníci, která tuto informaci vyvrátila. Case manager se domlouvá, že bude s klientkou v telefonickém kontaktu.

Začátek června 2016 – Leona přeložena, po propustce se má se dobře, je veselá, klidnější. Měla tento týden hodně návštěv. Dochází k rozhovoru s case managerem na téma co po propuštění. Leona si stále přeje najít si práci, ráda by pracovala v obchodě. Koncem července Leona propuštěna. Stále trvá i přání matky zapojit klientku do volnočasových aktivit. Leona bydlí u matky. Dochází na středisko (sídlo komunitní péče), protože se doma nudí. Od case managera dostává program na klubové aktivity na příští měsíc. Má zájem jít na bowling s ostatními klienty, v klubu se jí líbí. Klientce doporučeno počkat s hledáním práce. Dalším tématem je péče o syna, Leona by ráda dostala syna do péče. Také řeší s case managerem medikaci, je informována o nutnosti užívat léky (depotní injekce plus per os). Case manager jí nabízí doprovod na depotní injekce, který odmítla. V této době se Leona a case manager schází jednou za týden.

Case manager je v kontaktu s ošetřujícím psychiatrem, který si není jistý, zda Leona zvládne volnočasové aktivity a práci. Spolupráci s case managerem považuje za naprosto nutnou.

Začátek srpna 2016 – Leona navštěvuje volnočasové aktivity v klubu pro klienty s duševním onemocněním. Leona sděluje, že je přes týden u matky, kde je i její syn a o víkendu s přítelem. Syn je fixován na matku klientky. Doporučeno Leoně, aby s ním trávila co nejvíce času. Synovi byl odložen nástup do školy z důvodu opožděné řeči. Leona byla seznámena s peer pracovníkem. Další týden se se skupinou Leona účastnila bowlingu.

Klientka mění přání místa práce – chce si udělat rekvalifikační kurz na kadeřnici, psychiatr doporučuje s prací počkat. S matkou vychází dobře a sbližuje se se synem. Navštěvuje pravidelně dvakrát týdně klubové aktivity. Leona dostává kontakt na sociálně aktivizační služby pro duševně nemocné a nabídku doprovodu do této služby.

Leona projevuje zájem o možnost živnostenského listu na provozování kadeřnických služeb.

Konec srpna – Leona stále pokládá case managerovi dotazy na práci. On se jí však snaží doporučit chráněné dílny, které ona odmítá, protože chce vydělávat peníze. Case manager pracuje na tom, aby Leona pochopila důležitost vyzkoušet si práci nejprve „nanečisto“ v chráněné dílně. Nakonec s klientkou domluven doprovod do chráněné dílny, aby se seznámila s jejím provozem a mohla se následně rozhodnout. O tomto postupu informuje i matku přes telefonický kontakt.

Leona den před návštěvou chráněné dílny nedorazila na klub, má trávicí obtíže a necítí se dobře. Leona neví, jak jí zítra bude a nejeví zájem o práci, která není placená, avšak domluva na zítřejší schůzce dále trvá. V den návštěvy Leona nedorazila na schůzku.

Začátek září 2016 – Psychiatr potvrzuje klientky diagnózy – souběh tří onemocnění. Vidí úspěch v dodržování léčby a stabilizaci jejího stavu po depotních injekcích. Spolupráci s case managerem stále hodnotí jako potřebnou a práci na smysluplném trávení volného času doporučuje, pracovní poměr však ne (především z možnosti konfliktů na pracovišti a možnosti zhoršení jejího zdravotního stavu).

V půlce září 2016 Leona udává, že se cítí unavená a uvažuje o změně medikace. Case manager tuto informaci předává ošetřujícímu psychiatrovi.

Konec září 2016 – Klientce doporučeno psychiatrem jen pozvolné hledání práce pod dozorem typu chráněné dílny. Leona si stěžuje, že se pohádala s matkou, která ji nechce nechat vyzvedávat syna z mateřské školy. Leona žádá pomoc case managera, aby s matkou promluvil. Psychiatr doporučuje podat návrh na omezení v právním úkonu v péči o syna, který ale matka podat nechce. Matka nezvládá komunikaci s klientkou, je vyčerpaná, lituje věcí, které jí sdělila – např. že se obává jejího negativního vlivu na vnuka.

Novým plánem case managera je s klientkou oslovit službu, která pomáhá osobám s mentálním hendikepem na trhu práce.

Začátek října 2016 – Dále u Leony trvá zakázka najít práci – case manager pomáhá klientce najít práci přes internet. Leona neshledává nic vhodným, jelikož má zájem o práci na plný úvazek, což jí case manager nedoporučuje. Leona se chce jít zeptat na brigádu do obchodního domu a údajně již byla ptát na práci ve zdravotnickém zařízení, kde však není žádné pracovní místo volné. Opět spolu probírají vztahová témata - matka, syn. Leona sděluje, že si matka přeje, aby začala pracovat.

9.1.6 Potenciál recovery

Dovednosti a motivace

Hlavním zdrojem motivace je syn.

Umí háčkovat (háčkuje čepici pro tetu, které slíbila, že bude do týdne hotová – umí a zvládá zadané úkoly i termíny viz Leony výpověď: „*A háčuju čepici. Tak jí chci dodělat, protože jsem slíbila tetě, že bude do konce týdne hotová.*“).

Má zájem o vzdělání ve svém oboru (ošetřovatelka), má zájem o rekvalifikační kurz kadeřnice.

Ráda pečuje o seniory.

Dokáže si sama najít inzerát na práci a dojít se zeptat na volné místo (např. jako prodavačka).

Vnější zdroje recovery

- Syn – někdo, s kým si může hrát.
- Matka – supluje roli matky, kterou Leona nezvládá.
- Přítel – opora, zdroj financí, „*drží ji nad vodou*“.
- Farář – podpora ve víře, saturuje potřeby být vyslechnut.
- Nízkoprahová služba pro děti a mládež (do šestadvaceti let) – nácviky každodenních činností v domácnosti.
- Resocializační klubové aktivity v komunitní péči (dle Leoniných slov „*tam jsou na ní hodní*“, vynechává tyto aktivity, jen když je nemocná).

Přání a cíle

Chce pracovat a být v něčem užitečná („*Chci nejdřív tu práci, potřebuju ji.*“) – ideálně v oboru, který vystudovala – pečovatelka v domově pro seniory („*Já bych se nejradši vrátila k tomu, k čemu jsem vyučená.*“). Na otázku, zda by chtěla dělat v nemocnici, odpovídá: „*Tam jsem každou chvíli. Ty jo, radši ne.*“

Jejím snem je také stát se kadeřnicí. Potřebuje psychickou podporu při hledání práce.

Přeje si další dítě („*Já chci ještě jedno dítě.*“)

Chce být oceňována druhými, jelikož jí chybí zdravé sebevědomí a cítí se být nepochopena a vyčleněna.

Jejímu životu dává smysl, když může někomu udělat radost. Například na otázku, co jí nejvíce pomohlo při zvládnutí jejího onemocnění, odpověděla: „*V... nemocnici, když jsem pomáhala personálu... Jsem byla hospitalizovaná a pomáhala jsem jim.*“

Jejím přáním je láska bližních a jejich objetí, jejich blízkost.

9.1.7 Rozbor případu Leony

Z adiktologického hlediska

Leona spadá z etiologického pohledu do skupiny tzv. modelu samoléčení, jelikož jí užívání návykových látek přináší úlevu od psychických obtíží.

Alkohol

Podíváme-li se chronologicky na klientky abúzus alkoholu, jako přelomové období rozvoje závislost spadá do jejich osmnácti let, kdy na ni matka tlačila s tím, že jí chtěla „*zbavit svéprávnosti*“. Šest let trvalo, než se dostala do léčebny pro návykové nemoci.

V této době však mohlo dojít k diagnostickým pochybám, jelikož nikdo nevyhodnotil možné projevy schizofrenie (nezájem o každodenní život, snížená péče o syna, což vyústilo k řešení tohoto problému skrze OSPOD). O této problematice však mohu jen polemizovat, protože mi chybí informace ze strany ošetřujícího lékaře, tudíž vycházím jen ze zprostředkovaných dat skrze rozhovor s klientkou a analýzy textových dokumentů od case managera. Leona chtěla před psychickým tlakem utéci pomocí alkoholu a vyhnout se duševní bolesti. Nyní je však ve fázi mírného užívání alkoholu, kdy pije pouze cca dvě piva za týden, nejčastěji k obědu, protože jí chutná.

Problematické shledávám v tom, že užívání alkoholu ve vyšších dávkách negativně ovlivňuje účinky psychofarmak, které Leona užívá (Clozapin, Tisercin, Akineton, Haloperidol – depotní injekce). Ošetřující psychiatr však její zdravotní stav monitoruje při každé jejich schůzce.

Pervitin

Hlavní Leony motivací k užití pervitinu bylo zvýšení sebevědomí. Leona během období dvou let užila pervitin dvacetkrát, tudíž tento fenomén nelze hodnotit jako závislost, protože nesplňuje diagnostická kritéria závislosti. Pervitinem si kompenzovala „křehké Ego“, dodával jí pocity síly a urychloval myšlení, proto se mohla díky svým slov cítit „inteligentně“. Pozoruhodné je, že poprvé užila pervitin intravenózně, v tomto způsobu aplikace dále pokračovala. Napadá mne, zda si vybrala tento způsob aplikace z důvodu jejich tendencí k sebepoškozování, které mohly vést k emočnímu uvolnění.

Za zmínku také patří hledání vlastní identity v prostředí mezi bezdomovci a Romy. Leona se v období, kdy užívala pervitin, pohybovala v této komunitě. Možná pouze odhadovat, že se k pervitinu dostala skrze tuto komunitu, ve které našla své místo, identitu.

Z Bionova zpracování teorie containmentu (1959; 1962) se dá usuzovat, že má Leona slabou integritu Ega a není schopná kontejnovat pocity úzkosti, viny, které ruku v ruce vedou k nízkému sebehodnocení a nedůvěře k druhým. Leona také trpí komplexem méněcennosti (Adler). Z pohledu ego-psychologie a Eriksonových „Osmi věků člověka“ (1963; 1968) se naskytá otázka, jak to má Leona s bazální důvěrou? Jak zvládá konflikt identity proti zmatení rolí? Leona se brzy dostala do konfliktu intimity proti izolaci, kdy navázala důvěrný vztah s partnerem a s ním i otěhotněla. Mezitím však „bojovala“ s předcházejícím vnitřním konfliktem. Obdobím, plným psychických konfliktů, pro ní nastalo záhy, kdy se musela naučit zvládat novou životní roli matky. Vše se odehrálo v průběhu šesti let (škodlivé užívání alkoholu, narození dítěte, intravenózní aplikace pervitinu, první hospitalizace, nově diagnostikovaná schizofrenie). Vlivem psychiatrických komorbidit, nejasných diagnóz, pobytů v nemocnici, může tedy celý systém funkcí Já kolabovat, Leona ztrácí sebe sama a nemusí být schopna využít i těch kapacit, které se vyvinuly nezávisle na jádrovém problému.

Diskuze na téma návykové látky je v rodinném prostředí tabu. Podle jejích slov můžeme odvozovat, že prostor pro otevřenou komunikaci na toto téma chybí.

Tabák

Tabák je pro Leonu návykovou látkou, bez které „nemůže být“. Tabák je droga s nejvyšší mírou rizika a závislost u lidí se schizofrenními poruchami je častá, jelikož potlačuje některé nežádoucí účinky antipsychotik. Kouření u Leony nevnímám jako primární problém, který je aktuálně nutný řešit.

Z hlediska recovery přístupu

Leona je na začátku cesty k zotavení – úzdavě – recovery. Poohlédneme-li se do minulosti, je v kontaktu s komunitní péčí od roku 2014, avšak v tomto roce nebyla navázána dlouhodobá spolupráce. Dlouhodobé navázání vztahu klientky s case managerem počítám od tohoto března 2016, kdy psychiatrická nemocnice, kde byla Leona hospitalizovaná, vyzvala case managera ke spolupráci s Leonou. Nazvala bych tento postup asertivním

kontaktováním, i když přímo nešlo o kontaktování klienta, který není/nebyl v kontaktu se službami či psychiatrem (více viz Černá, 2013). Muselo však dojít k navázání důvěry ve vztahu, aby mohla spolupráce po propuštění pokračovat. Do péče ve stejný čas byla přizvána i matka klientky, která se na case managera navázala. Case manager spolupracoval i se sociální pracovníci na plánu, co bude s klientkou po propuštění. Leona měla být nejprve propuštěna během března, došlo k ní však k relapsu a hospitalizace se prodloužila. Chybí informace, proč se její stav zhoršil. Během hospitalizace byl case manager s klientkou v telefonickém kontaktu, čímž Leona neztratila podporu ze své „komunity“ a mohla být informována, co se doma děje.

První měsíc po zhoršení zdravotního stavu (duben – polovina května 2016) dostal case manager doporučení klientku nenavštěvovat. Poprvé se setkávají v druhé polovině května 2016. Leona má povolené návštěvy (matka, přítel, farář). Začátkem června je Leona přeložena na oddělení s volnějším režimem, má vycházky, je veselá, klidnější. Na schůzce s case managerem řeší přání, co bude po propuštění. Leona by si ráda našla práci.

Po propuštění (konec července) je snahou case managera zapojit klientku do volnočasových aktivit (klubové aktivity, bowling s klienty). Zde kladu otázku, zda tyto intervence vychází z přání klientky, jelikož jejím primárním přáním je najít si práci. Case manager doporučuje s hledáním práce počkat, až se stabilizuje její zdravotní stav. Opět dochází k tomu, že se plány case managera neshodují s plány Leony. Stejně doporučení padá i od ošetřujícího psychiatra, který pochybuje i o tom, zda zvládne volnočasové aktivity. Case managerovi se podaří klientku motivovat k volnočasovým aktivitám, která během srpna pravidelně dochází do klubu na volnočasové aktivity, účastní se bowlingu s klienty. Pracují spolu s case managerem dále na zakázce ohledně pracovního místa. Leona mění přání místa práce, chce absolvovat rekvalifikační kurz na kadeřnici. Psychiatr nadále doporučuje s prací počkat. Case manager jí doporučuje chráněné dílny, o které však Leona nejeví zájem. Zdá se, že se stále nedaří sjednotit plány a doporučení case managera a psychiatra s přáním Leony. Když jsou spolu domluveni na doprovodu, Leona nedorazí, což se dalo předpokládat, jelikož nebylo vyslyšeno její přání klasického pracovního poměru. Tento přístup mohl v klientce rozpoutat pocity méněcennosti a nekompetentnosti. Díky těmto pocitům nedorazí ani na klub ze zdravotních důvodů (trávicí potíže). Všimám si psychosomatické odpovědi na stres ze schůzky doprovázený pocity studu a viny, že neobstála. Tuto situaci vnímám jako rizikovou ve vztahu k relapsu jejího onemocnění.

V září 2016 ošetřující psychiatr potvrzuje u klientky souběh tří onemocnění, což je pro klientku další zátěžová situace. Psychiatr si všímá úspěchu ve stabilizaci jejího stavu. V polovině září Leona uvažuje o změně medikace, protože je unavená. Koncem září dochází k rozepří s matkou ohledně péče syna, psychiatr doporučuje omezení svéprávnosti k těmto úkonům (péče syna), tedy další komplikace a rizikové situace, které mohou zhoršit klientky zdravotní stav. Dochází k opětovnému vyjádření nedůvěry ze strany psychiatra ke klientčiným schopnostem. Leona však tento tlak zvládla a její zakázka ohledně práce pokračuje. Na začátku října 2016 má Leona zájem o práci na plný úvazek, což jí case manager stále nedoporučuje. Leona sama aktivní v hledání pracovního místa (oslovila

zdravotnickou službu, obchodní dům). Matky přání je také, aby Leona začala pracovat. Je možné, že Leony motivace k práci není její vnitřní motivací, nýbrž motivací matky.

9.1.8 Souhrn případové studie

Po celou dobu navázání vztahu s case managerem nedošlo u klientky k relapsu, co se týče užívání návykových látek, i když se Leona několikrát ocitla v rizikových situacích, které by relaps mohly rozpoutat.

Klientce bych však doporučila také podpůrnou psychoterapii, už jen pro to, aby se vyrovnala se svými třemi „nálepkami“. Dále také proto, aby bylo „opečováno“ její křehké Já a podpořeno její nízké sebevědomí, na kterém však i ona vlastní iniciativou pracuje (např. snaha zapojit se do klubových aktivit a s tím související socializace, aktivní hledání zaměstnání, spolupráce s case managerem). Při klubových aktivitách se učí nácvikem sociální dovednosti a našla zde i bezpečí, které dříve jinde v kolektivu nenalezla (možná mezi lidmi bez domova a Romy). Postupnými kroky může nabít plnohodnotného života.

K podpoře potenciálu úzdravy dochází u klientky díky vztahům k druhým. V průběhu spolupráce s case managerem má Leona (zdá se) fungující vztah s matkou (opomineme-li zářijové rozepry). Kladně hodnotím i snahy klientky docházet na volnočasové aktivity s ostatními klienty, kde má možnost si kultivovat reálné vztahy. Schůzky s case managerem, psychiatrem, volnočasové aktivity dávají klientce denní řád. Navázaný vztah s case managerem a jeho akceptující přístup a možnost si s někým popovídat může dále klientku podpořit v tom, čím prospívá sobě i ostatním.

Nedaří se však zapojeným do péče (case manager, matka, psychiatr) sjednotit v tom, co je pro klientku dobré a jejich plány se neshodují s Leony plánem. Leona má jiný obraz reality. Case manager doporučuje Leoně volnočasové aktivity a hledá s ní práci x psychiatr ani jedno z toho kvůli jejímu zdravotnímu stavu nedoporučuje. Case manager doporučuje chráněné pracovní místo, klientčino přání je však pracovat v „normální“ práci. Leona se postupnými kroky zvedá, předčí neočekávání psychiatra v zapojení se do volnočasových aktivit a jako „ocenění za její snahy“ psychiatr s matkou přemýšlí o omezení v péči o syna.

Bylo by vhodné více zapojit klientku do péče o svého syna, kde nyní veškerou zodpovědnost za něj přebírá Leony matka. Syn je jeden z Leony hlavních vnějších zdrojů recovery.

Dále je u klientky nutná edukace o jejím nově diagnostikovaném onemocnění a edukace blízkých, aby jejímu onemocnění porozuměli a nekladli na ni vysoké nároky (viz matka, která chce, aby Leona začala pracovat).

Doporučila bych dále podporovat v klientce naději, hlavně v oblasti problematiky nově diagnostikované schizofrenie, jelikož momentálně Leona své onemocnění nese těžce a nedošlo u ní ke smíření.

Klientku vnímám vnitřně motivovanou k práci. V tomto ohledu věří svým schopnostem a nebojí se sama si aktivně práci hledat. Problematické je však to, že není nikým

z „profesionálů“ podpořena. Toto odporuje základnímu bodu psychiatrické rehabilitace, kterým je zaměření na klienta a zvyšování jeho kompetence. Prací by mohla najít smysluplnou roli ve svém životě, jelikož je jejím přáním být v něčem užitečná.

9.2 Jindřich

9.2.1 Charakteristika případu a situace výchozího bodu

Jindřich (31) s diagnostikovanou paranoidní schizofrenií (F20.0), denně pije alkohol, kouří marihuanu, má zkušenosti s pervitinem (sniffing, i. v.), vystudoval střední školu se zaměřením na trénování, v komunitních službách s Jindřichem navázána spolupráce, která trvá již čtrnáct měsíců.

S Jindřichem se setkávám na doporučení a domluvenou spolupráci skrze case managera, který mi předjednal s klientem schůzku pro sběr dat k diplomové práci. Setkáváme se v době, kdy se Jindřich stěhuje z venkova od babičky do města, které je v jeho případě rizikovým prostředím z důvodu dostupnosti pervitinu. Case manager se obává, že Jindřich zrelapsuje. Jindřich nebere žádnou medikaci a odmítá chodit na depotní injekce. Uvažuje, že se přestěhuje na byt ke kamarádovi – aktivnímu uživateli pervitinu. Má však náhled na situaci a je si vědom, že rozhodnutí vrátit se do města obnáší rizika. Z Jindřicha je v době naší schůzky cítit etanol.

9.2.2 Anamnestická data v příběhu Jindřicha

Jindřich se narodil v roce 1985 matce, učitelce, otci podnikateli, se kterými i nyní žije v bytě pod podmínkou, že bude abstinovat. Dle jeho slov jsou finančně „za vodou“. O na otázku jaký má Jindřich vztah k otci, se vyjádřil: „*Nepomáhá mi tolik, kolik by mohl, já si pak hledám berličky ve formě drog a alkoholu*“. Sourozence má - mladšího bratra, který má vlastní rodinu.

Jindřichovi je ve vztahu k rodičům líto, že neměli nikdy zájem o seznámení se s jeho kamarády a přítelkyní. Vyjadřuje se k tomu: „*Když jsem měl přítelkyni, ani jsem ji nemohl pozvat domů.*“

Jindřich má vystudovanou střední školu zaměřenou na trenérství a kulturistiku. Kulturistice a sportu se aktivně věnoval do svých šestadvaceti let. Vzpomíná, jak podával skvělé sportovní výkony na pervitinu, např. jak lezl po skalách.

Živil se jako kuchař, což bylo jeho jediné zaměstnání. Nyní má přiznaný plný invalidní důchod, ale jeho cílem je si najít práci.

Jindřich nikdy nebydlel sám. Bydlel buď u rodičů, nebo u babičky. Naposled přes půl roku trávil čas u babičky, která ho ale nakonec ze svého domu vyhodila. Podle jeho slov s ní „*bylo těžké vyjít*“. Myslela si, že na ní něco chystá, nevěřila mu. Jindřich si přišel nedoceněn za pomoc v domácnosti.

V období užívání pervitinu párkrát se svou přítelkyní squatoval. Sám by ale tímto způsobem žít nechtěl. Na squatu se podle jeho slov dá žít jenom na drogách, kdy podle jeho slov „*pervitin pomáhá v zimě nezmrznout*“.

Co se týče mezilidských vztahů, Jindřich má hodně přátel primárně z prostředí barů a hospod. Měl vážný vztah s ženou, která užívala pervitin i. v., a k i. v. aplikaci ho také přivedla. Jejich vztah byl komplikovaný, Jindřich vzpomíná: „*spala všude možně, jen ne se mnou*“, měl o ní často strach, protože se „*pohybovala na hranicích zákona*“. Jejich vztah se rozpadl, když byl Jindřich hospitalizován, zahodil mobil a ona nevěděla, kde je.

Jindřich také ve svém vyprávění výrazně zmiňuje, že jeho nejlepší kamarád je nyní ve výkonu trestu (za nedovolenou výrobu) a jedna blízká kamarádka – uživatelka - přišla o život.

9.2.3 Role návykových látek v Jindřichově životě

V devatenácti letech po maturitě na večírku zkusil svou první cigaretu marihuany, ale první zkušenost hodnotí jako „*nic moc*“. Do té doby byl bez drog, většinu času trávil posilováním a sportem, kdy bral anabolické steroidy na zvýšení svalové hmoty.

V dvaceti letech si dal svého prvního „*skunka*“. Stav se mu zalíbil, byl „*vysmátý*“ a zažíval „*super pocity*“. Nyní kouří osm cigaret denně s přáteli. Když je sám, vykouří obvykle šest cigaret marihuany. Podle jeho slov „*to s ním nic nedělá*“, kouří, protože si to „*vychutnává*“. Když bydlel u babičky, kouřil jen příležitostně jednou za měsíc.

V jednadvaceti letech vyzkoušel poprvé pervitin, lákalo ho „*zakázané ovoce*“. Stala se z něj hvězda večírků, lidé obdivovali jeho vypracovanou postavu, dívky o něj jevily zájem. V té době byl závislý i na sportu. Byl čilý a hodně mluvný. Pervitin mu dával pocit žít naplno. Když bral pervitin, tak nepil alkohol. Seznámil se také s kamarádem „*vařičem*“, který ho obdivoval za jeho postavu a aktivní cvičení. V té době do svých šestadvaceti užíval pervitin v intervalech jednou za měsíc sniffing na parties a zvládal přitom chodit na tréninky.

V těchto letech však u něj došlo ke zhoršení zdravotního stavu, začaly ho trápit sluchové halucinace a podle jeho slov „*začal neverbálně komunikovat*“. Povídal si s bohy a naplňovalo ho to. Zkoušel různé rituály (např. voodoo).

Rituálně si také poprvé aplikoval pervitin i. v. – jako krevní pouto se svou přítelkyní, která ho k i. v. aplikaci přivedla. Toto vyzkoušel poté ještě čtyřikrát. Sám si intravenózně aplikoval pouze jednou, jelikož měl po i. v. aplikaci intenzivnější sluchové halucinace.

Nyní rok abstínuje od pervitinu. Podle svých slov ho nepotřebuje, ale chybí mu adrenalin a endorfiny. Přišel si na pervitinu šťastný.

Když přestane užívat pervitin, upadá k užívání alkoholu. Na pervitinu podle svých slov nikdy závislý nebyl, hodnotí se jako experimentátor. Vzorce užívání popisuje tak, že vždy po výplatě byl schopný fetovat týden v kuse.

Nyní pije do nálady, opilý není, nemotá se. Dle AUDITu mu vyšlo 19 bodů a vykazuje zámky syndromu závislosti na alkoholu F10.2 (pije nyní denně dva litry vína, v minulosti až tři litry, kvůli alkoholu páchal trestnou činnost, nedorazil na depotní injekci k psychiatrovi, rodina si stěžuje na jeho návykové chování). Uvědomuje si závislost, ale nevidí důvod, proč

by měl dělat výraznější změny. Hlavní motivací ke konzumaci alkoholu je nuda. Jindřich popisuje svou momentální situaci jako „*pítí se nikdy nevzdám, ani cigaret... jedině tehdy, až budu mít rakovinu*“.

Popíjí sám, s babičkou, kamarády. Za alkohol je schopen zaplatit kolem čtyř tisíc korun za měsíc. Jindřich se obává, že časem opět začne kvůli alkoholu s trestnou činností (krádeže). Proto je jeho cílem mít práci a být finančně nezávislý.

Je také závislý na cigaretách, vykouří jedno balení tabáku denně (20 g/50 cigaret).

9.2.4 Jindřich v léčbě jako kontrast k case managementu

Jindřich během posledních pěti let třikrát hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici. První léčba byla na detenčním oddělení na tři měsíce, na pervitinu spáchal trestný čin porušení domovní svobody – schovával se po domech. Soud mu nařídil dvouletou ambulantní psychiatrickou léčbu, kterou již dokončil.

Další léčba trvala měsíc a poslední čtyři měsíce. K poslední hospitalizaci od září 2015 do ledna 2016 došlo, protože měl na pervitinu „*stíhy*“, že ho chce někdo zabít (ukamenovat, upálit) a odmítal užívat léky. Byl vystrašený a podobný pocit už nechce nikdy zažít. Zvukové halucinace trvaly čtyři měsíce. Váží si toho, že mu v léčbě odstranili hlasy. Hospitalizace je podle něj účinná ze začátku, „*člověk se může uklidit do bezpečí*“. Nakonec při této hospitalizaci podepsal revers (po přeložení na oddělení z důsledku nedodržování pravidel – agrese vůči personálu, rodičům). V léčbě také navštěvoval skupinovou psychoterapii pro lidi se schizofrenií zaměřenou na prevenci relapsu.

9.2.5 Case management

Jindřich je v komunitní službě nyní již čtrnáct měsíců. Po celou dobu je v kontaktu s jedním case managerem. Kontaktován byl při hospitalizaci v psychiatrické nemocnici, která mu tuto službu doporučila, respektive on byl doporučen službě. Podařilo se s Jindřichem navázat prvotní kontakt, avšak po propuštění byl kontakt komplikovaný, Jindřich nepřijímal telefonáty od case managera a nedocházel na domluvené schůzky.

Do léčby je zapojena matka a otec, navázána spolupráce s psychiatrem, snahou case managera je zapojit terénní adiktologické služby, které však Jindřich odmítá.

Jindřich je rád, že si může s někým popovídat o svých problémech. Také si cení toho, že mu case manager pomáhá najít práci.

Po poslední hospitalizaci v lednu 2016 se Jindřich vrací se k alkoholu a marihuaně, pervitin odmítá nejspíše pro poslední traumatickou zkušenost, kdy měl po něm stihomamy, že ho chce někdo zabít. Stejně tak odmítá užívat léky (depotní injekce), jelikož má po nich třes. Chce užívat pouze antiparkinsonika. Stěhuje se k babičce na vesnici, protože doma zůstat nechce. Matka ho hlídá, aby užíval medikaci. S Jindřichem se v tuto dobu pracuje intenzivně

(kontakty obden či denně telefonicky). Po poradě týmu s kolegy je case managerovi doporučeno chodit na schůzky s dalším kolegou, případně zapojit dalšího pracovníka do práce s rodinou. Case manager je v telefonickém kontaktu jak s matkou, otcem, tak i psychiatrem. Nabízí Jindřichovi případný dovoz a doprovod k psychiatrovi (nakonec souhlasí a koncem ledna dojde na depotní injekci).

Matka volá, že se cítí na pokraji sil, rodina se rozpadá, ona sama to nezvládá. Case manager nabízí podporu a pomoc, doporučuje podporu z kontaktního centra.

Konec ledna – Case manager navštěvuje Jindřicha u babičky, který si stěžuje na třes a jeho zakázkou je žádost o městský byt. Alkohol užívá dle svých slov „s *mírou*“. Klient přichází s další zakázkou najít si práci.

Začátek února 2016 – Jindřich se cítí dobře. Nabídky práce, které mu našel case manager, si sám obvolává. Sestaveno CV.

Polovina února - Schůzka case managera s Jindřichem. Jindřich stále u babičky, matka také, hlídá ho. Jindřich má od matky povoleno vypít maximálně dva litry vína denně. Chodí na depotní injekce jednou za tři týdny. Sám si volal na bytové družstvo, jelikož žádost o městský byt nebyla schválena.

Začátek března 2016 – Case manager předal klientovi vytištěné nabídky práce a podnájmů. Jindřich chce zatím počkat a ušetřit peníze na vybavení bytu (babičce přispívá tři tisíce korun měsíčně). Matka nyní dojíždí za Jindřichem denně, dále oceňuje práci case managera, že ho navštěvuje. Matka vidí u klienta zlepšení zdravotního stavu.

Polovina března - Jindřich je po depotní injekci. Je skleslý a plačtivý, jelikož zjistil, že je jeho kamarád ve vazbě. Později po rozhovoru s case managerem se mu nálada lepší. Jindřich má poměrně jasné představy, čeho chce dosáhnout – ušetřit peníze na vybavení bytu (do konce března našetří dvanáct tisíc korun), kam se chce přestěhovat.

Case manager volá psychiatrovi, který oceňuje spolupráci s case managerem a rodinou, Jindřichovi to prospívá. Lépe spolupracuje a je motivován k léčbě. Jindřich nově v kontaktu i s bratrem.

Začátek dubna 2016 – Jindřich volá case managerovi, že se necítí na společnou domluvenou schůzku. Tráví čas s kamarády v hospodě, protože zemřela kamarádka na epileptický záchvat. Včera se opil, s rodiči se pohádal a nyní ho nechtějí pustit domů. Také měl jít k psychiatrovi na depotní injekci v den telefonického kontaktu, kam však nešel, tudíž mu case manager nabídl doprovod na další den. Následně case manager volá psychiatrovi, omlouvá se a vysvětluje, proč Jindřich nedorazil a domlouvá návštěvu na zítra. Další den Jindřich sám dochází k psychiatrovi a je za to náležitě oceněn case managerem.

Konec dubna – Case manager navštěvuje Jindřicha doma u babičky, které se zhoršil zdravotní stav a Jindřich za ní přebírá některé domácí povinnosti - chodí na nákup, pomáhá s vařením, štípe dříví, topí. Má také nastoupit na brigádu a těší se, že vydělá peníze. Brigáda mu nakonec nevyšla.

Začátek května 2016 – Case manager skrze telefonický hovor s Jindřichem zjistí, že měl být klient u psychiatra na depotní injekci. Jindřich se nedostavil bez omluvy, zůstal u babičky. Jindřich působí v telefonu ospale, má v plánu jít nakoupit (tři kilometry pěšky), sekat dříví.

V polovině května se case manager setkává s Jindřichem, který je veselý, když může pomoci babičce na zahradě. Sděluje, že byl na poslední depotní injekci začátkem dubna. Má problémy se spánkem, ale k psychiatrovi jít nechce a depotní injekci odmítá. Má náhled nad důsledky nedodržování léčebného režimu a obává se halucinací. Je motivován zajít k lékaři ihned, pokud pocítí jakoukoliv změnu svého zdravotního stavu.

Práci momentálně nehledá, čeká, že mu kamarádi nějakou práci nabídnou. O městský byt také ztrácí zájem. Oceňuje, že nemá přístup k drogám.

Začátek června – Case manager je v telefonickém kontaktu s Jindřichem, který nebyl opět na depotní injekci. Domluvili se, že Jindřicha navštíví s kolegou doma. Při návštěvě Jindřicha ho dva pracovníci doprovází na nákup a opakovaně edukují o depotních injekcích. Jindřich se přiznává, že lhal matce, že byl na depotu a přitom několik dní popíjel s kamarády. Case manager se ho snaží motivovat ke snížení dávek alkoholu a návštěvě lékaře. Jindřich zvažuje koncem června návštěvu psychiatra.

Case manager volá s matkou, která se domnívá, že Jindřich dochází na depotní injekce, ale nechápe, že byl podle jejích slov několik dnů „*mimo*“. Podle jejího úsudku jde o vliv špatné léčby, později přiznává i trávení volného času s kamarády.

V polovině června case manager volá Jindřichovi, zda se chystá k psychiatrovi. Jindřich se k psychiatrovi nechystá, chce ušetřit peníze za cestu a nechat si je na hudební festival, kterého se chce účastnit. Case manager nabízí doprovod autem k psychiatrovi.

Case manager se schází s Jindřichem doma. Baví se spolu o užívání alkoholu, aktuálně klient vypije tři litry vína denně. Na své popíjení podle case managera nemá náhled. Domnívá se, že mu alkohol pomáhá na třes. Třes se mu lepší dle jeho názoru i díky tomu, že nechodí na depotní injekce. S case managerem se alespoň domluví, že sníží denní dávku alkoholu. Nejprve odmítá návštěvu psychiatra, ale nakonec je motivován a case manager ho k psychiatrovi odváží.

Case manager telefonicky konzultuje s psychiatrem Jindřichův zdravotní stav. Psychiatr považuje za primární problém nadměrné pití alkoholu. Jelikož má ordinované nízké dávky psychofarmak, psychiatr neshledává problematické nedodržování užívání medikace.

V polovině července Jindřich navštívil hudební festival, kde se opil, ale jinak žádné jiné návykové látky neužil. Volný čas tráví na plovárně. Stále se cítí dobře, změny nepozoruje a odmítá docházet na depotní injekce, třes rukou trvá. Matka hlídá projevy nemoci. Jindřich chce omezit pití vína na dva litry za den. Celkem za den vypije 12 litrů tekutin (víno ředí ve velkém poměru). Má neustále žízeň, ale pití nadměry tekutin se snaží omezovat. Case manager má také podezření na jiné somatické onemocnění (např. diabetes mellitus, insipidus).

Začátkem srpna Jindřich snižuje konzumaci vína na dva litry/den, které si však ředí nealko limonádami a celkově vypije šest litrů tekutin za den. Cítí se lépe, protože nyní ušetří i za alkohol. Dále pokračuje v odmítání depotních injekcí, protože necítí potřebu. Rodičům o tomto lže. Sám navrhuje, že se na začátku září zastaví u psychiatra a táže se na doprovod case managera, který s ním souhlasí.

V polovině srpna má Jindřich domluvenou práci jako přidavač na stavbě. Myslí si, že jeho pití alkoholu není problém, a že to bez něj zvládne, protože pije jen na nudu. Když se nebude nudit a bude chodit do práce, pít nebude. Opět se vrací k cíli našetřit co nejvíce peněz, aby mohl začít řešit své bydlení.

Začátek září – Práce Jindřichovi opět nevyšla. Uvažuje o návratu k rodičům do města, kde by měl více pracovních příležitostí. Otec s tímto nápadem nesouhlasí. Jindřich dále nedochází na prohlídky k psychiatrovi, i když začíná mít neodůvodněný strach z neznámých zvuků. Pervitin neužívá, ale uvažuje, že by zkusil, co s ním aplikace udělá. Má strach ze „stíhy“, ale přiznává, že by to byl zajímavý zážitek.

Později po schůzce Jindřich volá case managerovi pro kontakt na psychiatra, kterého chce informovat, že mu je dobře. Case manager toto vnímá jako ujištění Jindřicha samotného, že mu je dobře, nikoliv že se cítí dobře.

Case manager je v telefonickém kontaktu s matkou, která je celkově vyčerpaná z neustálých starostí o syna. Sděluje, že je i otec psychicky vyčerpaný. Case manager jim nabízí podporu.

V první polovině září case manager volá Jindřichovi, který právě odchází ze schůzky s psychiatrem. Po poslední návštěvě aktuálně nepotřebuje žádná psychofarmaka a další kontrolu má naplánovanou za měsíc. Jindřichovo přání zůstat ve městě pokračuje. Jindřich ale neví, jak se domluvit s otcem, který je proti jeho přání. Jindřichova zakázka hledat zaměstnání a vhodných bytů trvá.

Začátek října – Jindřich jde na vstupní prohlídku do zaměstnání. Nastupuje na místo ostrahy na DPP na dva měsíce. Má i možnost absolvovat kurz strážného a udělat si certifikát. Doma se situace podle Jindřicha uklidnila, snaží se rodiče nestresovat, nechodí domů opilý. Plánuje se odstěhovat ke kamarádovi, který údajně bere pervitin. Case manager doporučil Jindřichovi, aby s ním nebydlel a informoval ho o možných rizicích. Nabízí Jindřichovi případnou možnost navázat spolupráci s terénními adiktologickými službami. Tuto pomoc Jindřich odmítá, necítí, že by měl problémy. Přiznává však pervitinový craving a nutkání snížit hmotnost.

9.2.6 Potenciál recovery

Dovednosti a motivace

Jindřich má dobré sociální dovednosti, je komunikativní, má hodně přátel, avšak většinu z nich prostředí barů a hospod.

Orientuje se také v historii a politice (napsal ručně osmdesáti stránkový politický program).

Dokáže být spořivý (když byl v léčbě, ušetřil 12 tisíc korun na bydlení).

Dokáže sám hledat inzeráty na práci a bydlení na internetu.

Dokáže sám oslovit zaměstnavatele („*Jako trenér jsem se zkoušel prodat v maloměstě, obešel jsem posilovny s žádostí o práci, ale nikdo se neozval.*“)

Dokáže se postarat o domácnost (když byl u babičky, chodil nakupovat, štípal dříví, vařil, uklízel).

Vnější zdroje recovery

- Rodina - matka – monitoruje možné projevy paranoidní schizofrenie. Otec ho doprovází k psychiatrovi. Nyní je Jindřich v kontaktu s bratrem, který by mu mohl také pomoci.
- Kamarádi (má pouze jediného kamaráda, co nepije alkohol, akorát má svou rodinu a nyní už spolu netráví tolik času).

Přání a cíle

Jindřich se chce především osamostatnit a fungovat jako běžný občan.

V dialogu se vyjadřuje, že jeho cílem je „*mít práci, mít čas na spánek a dát si maximálně tři piva za den.*“ Jako svůj smysl života verbalizuje: „*Založit si rodinu a bavit se, tedy mít práci, která mě baví.*“ Má však vytvořený náhled a dodává, že „*prozatím jeho styl života k založení rodiny nakloněn není*“ a dle jeho slov, by to bylo pro rodinu „*utrpení*“.

Několikrát se v dialogu vyjádřil, že chce mít nejprve jistotu práce a zázemí. Pak by se rád vrátil ke sportu.

Závěrem rozhovoru dodává, že „*vše je o tom, aby si člověk našel smysl života bez drog.*“

9.2.7 Rozbor Jindřichova případu

Z pohledu etiologie Jindřich spadá do skupiny tzv. modelu samoléčení, kdy návyková látka přináší úlevu od psychických obtíží (užívání návykových látek především k zahnání nudy); Kudrle (2003) řadí chronickou nudu k bolestem (Kudrle, 2003 in Kalina et al., 2015).

Z adiktologického hlediska

Jindřich nemá dostatečně silné Já a užíváním návykových látek si vytvořil obranné mechanismy proti nepříjemným emocím. Závislost na sportu a návykové látky přináší Jindřichovi pocity euforie, uklidnění, stimulují ho k činnosti, pocity všemohoucnosti.

Závislost na sportu

Zajímavým fenoménem, který se v příběhu Jindřicha objevuje, je behaviorální závislost na sportu a užívání anabolických steroidů, které naplňují některé body definice závislosti

(užívání i přes negativní dopady na organismus, zvyšování dávek, obětování jiných zájmů, finanční náročnost a další). Závislost na sportu předcházela závislosti na pervitinu, alkoholu a marihuaně.

Konopné drogy

Do svých devatenácti let neužíval „žádné“ návykové látky, od dvaceti let si oblíbil účinky marihuany a začal ji kouřit denně. Jindřichovi kouření marihuany chutná a uklidňuje ho. Zmiňuje, že je schopný kouření omezit na četnost jednou za měsíc. Kouření marihuany vnímá i jako sociální zapojení, jelikož ho často sdílí s kamarády.

Pervitin

Pervitinem si kompenzoval pocity méněcennosti, díky němu byl středem pozornosti ve společnosti a poskytoval mu „*pocit žít naplno*“. Do svých šestadvaceti let se věnoval kulturistice a sportu. Pervitin užíval i jako doping a na parties v intervalech jednou za měsíc. V šestadvaceti letech se u něj projeví první příznaky paranoidní schizofrenie (sluchové halucinace, mystické chování – např. voodoo, skoncování se sportovními činnostmi, návštěvy squatu). V těchto letech u něj také došlo k první i. v. aplikaci pervitinu. Pervitin užíval po dobu devíti let, spadá tedy do kategorie problémových uživatelů drog. Sám sebe však hodnotí jako experimentátora, což však odporuje tomu, že byl „*po výplatě schopný fetovat týden v kuse*“ a nejspíš si doposud nevytvořil náhled na své užívání. Neuvědomuje si negativní důsledky užívání („*stíhy*“, patologický vztah s partnerkou – uživatelkou pervitinu intravenózně, která ho poprvé „*nastřelila*“, občasné pobývání na squatu, rozvrat vztahů s rodiči, nejlepší kamarád ve VTOS za výrobu pervitinu).

Momentálně rok abstínuje, ale je ohrožen cravingem (chybí mu adrenalin, motivace snížit hmotnost, pocity štěstí a zajímají ho účinky pervitinu po roční abstinenci). Podle svých slov má užívání pervitinu „*pod kontrolou a rozhodně se kvůli tomu nechce ponížovat*“.

Alkohol

Když přestane užívat pervitin, upadá k užívání alkoholu, na kterém je nyní závislý a chybí mu vnitřní motivace ke změně. Rád popíjí s kamarády. Zdravotní a sociální dopady neřeší, více se obává trestné činnosti. Jindřich se nachází ve fázi prekontemplace, odmítá si připustit, že by měl s alkoholem problém a odmítá jakoukoliv adiktologickou péči. Jedním z jeho cílů je najít si práci, aby neskouzl ke kriminální činnosti a mohl si alkohol dopřát legálně a být finančně nezávislý.

Tabák

Je také závislý na cigaretách, vykouří jedno balení tabáku denně (20 g/50 cigaret).

Z hlediska recovery

Jindřich je v komunitní službě od září 2015. Byl doporučen skrze ošetřujícího lékaře case managerovi, který ho v psychiatrické nemocnici navštěvoval. Podařilo se s Jindřichem navázat prvotní kontakt, avšak po propuštění byla spolupráce komplikovaná, Jindřich nebyl

dostupný přes telefon a nedocházel na domluvené schůzky. Ke schůzkám často docházelo v prostředí hospod na přání Jindřicha. Oceňuji zapojení obou rodičů do péče.

Jindřich ihned po propuštění, co se týče alkoholu a marihuany, zrelapsoval. Odmítl bydlet s rodiči a odstěhoval se na sedm měsíců k babičce na vesnici, kam za ním case manager každých čtrnáct dní dojížděl. Byl s ním také v telefonickém kontaktu. V prvním měsíci po propuštění na Jindřicha dohlíží i jeho matka, která skrze telefonický kontakt s case managerem žádá koncem měsíce o pomoc. Je vyčerpaná. Case manager jí nabízí podporu a pomoc a dává matce kontakt na pracovníky kontaktního centra. Jindřich celkem uspokojivě fungoval v běžném životě – staral se o domácnost, zvládal nakoupit potraviny v obchodě vzdáleném tři kilometry, kam docházel pěšky, sekal dříví, uklízel, pracoval na zahradě a staral se o babičku. Podílí se finančně na chodu domácnosti. V únoru přichází Jindřich se zakázkou najít si práci (dvakrát se mu naskytne pracovní příležitost, nikdy však nenastoupí), s Jindřichem sepsáno CV. Jindřich oceňuje case managera, že si může s někým popovídat o svých problémech a má někoho, kdo mu pomáhá najít práci. Stejně tak i matka a psychiatr oceňuje práci case managera, který má podíl na tom, že je Jindřich motivován k léčbě a spolupracuje.

Od května 2016 odmítá dojíždět na depotní injekce, jelikož má po nich třes. Jindřich má vytvořený náhled nad důsledky nedodržování léčebného režimu a je motivován ihned navštívit lékaře, pokud by zaznamenal jakoukoliv změnu jeho zdravotního stavu (paranoidní schizofrenie). Uvědomuje si vhodnost přestěhování se do méně rizikového prostředí (na vesnici), ve kterém nemá přístup k drogám. Kladně hodnotím aktivitu Jindřicha v hledání bydlení a touze se osamostatnit.

Jindřich má podle mého názoru s case managerem navázaný vztah plný důvěry, jelikož je ochoten přiznat lež matce, které tvrdí, že k psychiatrovi dochází. Chybí mi informace, jak tuto situaci case manager vyřešil, jelikož matka přisuzovala vliv neadekvátní terapie a trávení volného času s kamarády na zdravotní stav Jindřicha.

Další snížení motivace k léčbě zaznamenávám v situaci, kdy Jindřich odmítá vynaložit finance na cestu k psychiatrovi, aby ušetřil na hudební festival. Kladně hodnotím, že se Jindřich na této akci „pouze“ opil (a odhaduji, že kouřil marihuanu), ale neužil pervitin, i když byl dostupný.

Jindřichovi chybí náhled na užívání alkoholu a své chování si racionalizuje tím, že se alkoholem seabemedikuje proti třesu. Stejně si racionalizuje i odmítání depotních injekcí.

Během období června a července Jindřich vypije denně tři litry vína, které však pije naředěné nealko nápoji. Alkoholem vyplňuje nudu a dle jeho slov se do stavů těžké opilosti nedostává.

Začátkem srpna Jindřich snižuje konzumaci vína na dva litry/den ředěného limonádami. Cítí se lépe, protože nyní ušetří i za alkohol. Dále pokračuje odmítání depotních injekcí, protože necítí potřebu, ale sám navrhuje, že zajde k psychiatrovi. Má domluvenou brigádu a jeho plánem je nahradit pití alkoholu prací. Myslí si, že alkohol není problém, a že to bez něj zvládne. Nakonec mu však práce opět nevyšla.

Začátkem září uvažuje o návratu k rodičům do města, kde by bylo více možností práce. Otec s tímto nápadem nesouhlasí. U Jindřicha se objevuje neodůvodněný strach z neznámých zvuků. Tento symptom vnímám jako možnou reakci na otcovo odmítání klientových přání. Volá svému psychiatrovi, aby ho ubezpečil, že se mu daří dobře. Case manager toto hodnotí spíše jako ubezpečení Jindřicha samotného. U Jindřicha se poprvé objevují chutě na pervitin.

Dle telefonického kontaktu s matkou case manager zjišťuje, že jsou s manželem celkově vyčerpaní s neustálými starostmi o syna. Opět dochází k nabídce podpory ze strany case managera.

V první polovině září Jindřich navštívil psychiatra, Jindřich aktuálně nepotřebuje žádná psychofarmaka a další kontrolu má naplánovanou za měsíc. Říkám si, zda psychiatr nepřehlídl možné symptomy relapsu (výše zmíněný strach ze zvuků, obavy rodičů, vyjádření chuti). Jindřich se nepohodl s babičkou a stěhuje se zpět do města k rodičům i přes jejich nesouhlas. Jindřichova zakázka hledat zaměstnání a bytu trvá. V říjnu nastupuje jako ostraha na DPP. Doma se uklidnila situace, jelikož Jindřich se nevrací domů opilý.

Začátek října – Jindřich na vstupní prohlídce do zaměstnání. Nastupuje na místo ostrahy na DPP na dva měsíce. Domlouvá se s kamarádem (údajně uživatel pervitinu), že se k němu odstěhuje. Case manager doporučil Jindřichovi, aby s ním nebydlel a informoval ho o možných rizicích, což stejně vedlo k tomu, že se Jindřich ke kamarádovi přestěhoval. Case manager dále nabídl možnost spolupráce s terénním programem kontaktního centra. Jindřich tuto pomoc odmítá. Craving trvá.

9.2.8 Souhrn případové studie

Pohledem Kohutovy selfpsychologie vykazuje osobnost Jindřicha některé z narcistických rysů – nadprůměrně schopný ve sportu, své onemocnění vnímá jako výjimečnost (dokáže komunikovat s výjimečnými lidmi), touží po vyniknutí, popularitě, má sklony k předvádění se (je rád středem pozornosti druhých, v dialogu se mnou určoval tempo, nenechal mne reagovat), sám sebe označuje za perfekcionista. Můžu odhadovat, zda Jindřichova závislost na sportu nasedla na nenaplněná přání rodičů. Užíváním pervitinu kompenzoval pocity vnitřní prázdnoty a nízkého sebevědomí, zprvu ho bral i jako doping ke sportu. Oceňuji Jindřichovu snahu rok od pervitinu abstinovat. Zaměřila bych se na momentální tendence relapsu, tak aby nedošlo k relapsu, užitím technik zvládání cravingu a prevencí relapsu a vytvořením náhledu na relaps jako na potenciál změny. Lze uvažovat, že jde u Jindřicha po tak dlouhé době o externalizaci vnitřních stavů úzkosti, obav či touhy po něčem, co se závislostním vzorcem nesouvisí, například po lidské blízkosti (Kalina et al., 2015).

Jindřich má celkem jasné představy o své budoucnosti – našetřit si na bydlení, pít jen tři piva denně a založit rodinu. Chce žít jako obyčejný člověk. Je nutné Jindřicha na cestě k těmto cílům motivovat, podporovat a provázet ho. Případné nezdary by u Jindřicha mohly vést k pocitům izolace, nepochopení až ke vzpourám proti roli dospělého tak, že by mohlo u Jindřicha dojít například k navyšování dávek návykových látek. Jindřichovi bych

navrhovala v prvních fázích recovery – úzdravy zapojení do dlouhodobě psychodynamické psychoterapie (zprvu podpůrné), aby se naučil uplatnit svůj vlastní vnitřní potenciál a emoční a intelektuální zdroje. Dalším doporučením je podporovat Jindřicha v kontrolovaném užívání a motivovat ho technikami motivačních rozhovorů ke snižování dávek alkoholu, kouření cigaret a marihuany.

Důležité je také zaměřit se na rodinu. Je jejich pomoc Jindřichovi adekvátní? Matka (na úkor vlastní sebeúcty) se přestěhovala s jednatřicetiletým Jindřichem k babičce na vesnici, aby mohla kontrolovat Jindřichovo chování, což nakonec vyústilo, že matka volá o pomoc. Dle jejích slov se rodina rozpadá a ona rodinnou situaci nezvládá. Mění role z role matky do role pronásledovatele a následně oběti. Otec je v roli soudce, udává řád, Jindřichovi dle jeho slov však nepomáhá tolik, kolik by mohl. Rodiče mohou také pociťovat syndrom opuštěného hnízda a mohou nevědomě bojovat proti Jindřichovým separačním tendencím.

Jako kontrast k výše zmíněnému bych poukázala na to, co Jindřich v procesu úzdravy již zvládl. Navázal vztah s case managerem, zvládl rok abstinovat od pervitinu, určil si cíl snížit pití vína ze tří litrů na jeden litr/den, byl schopný se půl roku starat o domácnost. Zde si však přišel neadekvátně oceňován babičkou, volal po pochvale, nakonec však frustrací z Jindřichovy strany došlo k nepochopení a od babičky se odstěhoval. Několikrát si našel brigádu. Sám žádal o městský byt. I přes odmítání medikace nakonec k psychiatrovi na prohlídku zašel a měl snahu s ním přes telefon komunikovat. Má celkem jasně stanovené cíle žít jako ostatní lidé a sám dodává, že „*vše je o tom, aby si člověk našel smysl života bez drog.*“

9.3 Vít

9.3.1 Charakteristika případu a situace výchozího bodu

Vítovi (31) byla před čtyřmi lety diagnostikována paranoidní schizofrenie (F20.0), od té doby abstínuje od nelegálních látek, přičemž jeden alkoholický nápoj (pivo) si dopřeje maximálně jednou týdně v hospodě s kamarády. Je však závislý na tabáku a nedávno přestal s online sázením. V minulosti experimentoval s marihuanou, halucinogeny a stimulanty. Střední školu v oboru podnikání před maturitou opustil. S komunitními službami spolupracuje od ledna 2014.

S Vítem se setkávám na doporučení a domluvenou spolupráci skrze case managera, který mi předjednal s Vítem schůzku pro sběr dat k diplomové práci. Potkáváme se v době, kdy je Vítův stav stabilizovaný, k psychiatrovi dochází jednou za pět týdnů, s case managerem se střetává v intervalech jednou za tři týdny.

9.3.2 Anamnestická data v příběhu Víta

Vít se narodil v roce 1985 rodičům – podnikatelům. Dětství měl dle svých slov normální, ale rodiče na něj z pracovních povinností a starostí o rodinnou firmu měli méně času. Vít sděluje: „*V minulosti byli hodně zaneprázdnění.*“ Matka Víta je hyperprotektivní, bojí se nechat Víta být zodpovědným za své chování. Jejím názorem je, že Vít není schopen samostatnosti. Za zmínku stojí, že ho například finančně podporovala v online sázení, dle Vítova sdělení mu na sázení šetří peníze.

Vít má o rok starší sestru, která přebrala po rodičích vedoucí místo v rodinné firmě. Nikdo v jeho primární rodině netrpí žádnou psychiatrickou nemocí. Vít má výuční list a dělal si nástavbu v oboru podnikání, první pokus maturity nezvládl, protože měl před ním toxickou psychózu. Před náhradním termínem maturity prodělal další psychotickou ataku, tudíž navazující studia nedokončil.

Nyní žije s rodiči střídavě ve dvou rodinných domech, které mají ve dvou vesnicích. Má plný invalidní důchod a k tomuto příjmu vydělává peníze za administrativní činnost v rodinné firmě. V práci je denně na čtyři hodiny. Finanční situaci neřeší, jelikož má financí dostatek, ale díky bohatství rodičů nemá přehled o financích potřebných k životu.

Kamarádů má pár, vědí o jeho onemocnění a respektují ho. Jejich pohled Víta se s diagnostikou paranoidní schizofrenie nezměnil.

Vít rád cestuje po Evropě i mimo Evropu, s rodiči tráví čas každý rok v létě na dovolené u moře.

9.3.3 Role návykových látek ve Vítově životě

Poprvé se setkal s návykovou látkou tak, že ukradl babičce cigarety. Poté návykové látky sháněl přes starší kamarády. Alkohol od 11 let (1996) pil ve vyšších dávkách, každý víkend

a o prázdninách se dle svých slov „*opíjel s kamarády*“. Marihuanu kouřil Vít od dvanácti let (1997 – 2008), od patnácti let intenzivně v dávkách 5 – 10 cigaret denně (hlavně „*skéra*“), po první toxické psychóze, kterou prodělal v roce 2007, užívání marihuany dle jeho slov „*nebyl ono*“. Přestal kouřit marihuanu po druhé psychotické atace, kterou prodělal před opravným termínem maturity. LSD užíval od čtrnácti do osmnácti let ze zajímavosti, ale dodává, „*že už byl načatý*“¹⁹, když si dal první LSD. První „*trip*“ si užil, ostatní byly špatné, ale v užívání pokračoval. Halucinogeny užíval přibližně dvakrát do měsíce od patnácti do osmnácti let. Extází zkusil prvně v patnácti letech a pervitin také (sniffing, kouření přes alobal), kokain měl poprvé v sedmnácti (jen pětkrát – experimentálně), stimulanty bral pouze na parties, ale podle jeho slov na něj „*moc nepůsobily a nic mu nedávaly*“. Užíval je hlavně, aby zahnal nudu a v rámci socializace s partou. V roce 2008 přestal s kouřením marihuany.

Nyní je závislý na nikotinu, měsíčně za cigarety zaplatí deset tisíc korun. Občas si dá pivo s kamarády v hospodě, ale snaží se minimálně, protože mu alkohol nedělá dobře.

Sám své užívání látek hodnotí jako možný spouštěč schizofrenie, dle jeho slov „*to asi k té nemoci pomohlo*“.

Behaviorální závislost

O online sázení – gamblingu se dozvídám z analýzy textových dokumentů, kde první záznam o online sázení nacházím z ledna 2015. Matka sděluje skrze telefonický kontakt s case managerem, že je Vít závislý. Prosází desítky tisíc korun měsíčně. Motivací k sázení je vidina výhry, kterou by mohl investovat do cestování. Matka sděluje, že je hodně spořivý, co se týče nákupu běžných věcí, ale není mu líto všechny peníze prosázet. Dle slov Víta je Vít finančně podporován matkou, ta si však zároveň přeje, aby tolik nesázel. Vít dochází v období ledna – dubna 2015 na poradenství do kontaktního centra. V dubnu však spolupráce s KC rozvázána i přes to, že pracovníci KC doporučují ve spolupráci pokračovat alespoň s matkou. Matka však dle slov Víta spolupracovat nechce. Vít pokračuje v sázení až do dubna 2016, kdy tuto činnost omezuje a v červnu 2016 tuto činnost opouští. Motivací přestat sázet je, aby rodičům dokázal, že je na něj spolehlivý.

9.3.4 Vít v léčbě jako kontrast k case managementu

Vít je v péči psychiatra od roku 2007 – od svých dva a dvaceti let, kam nyní dochází jednou za pět týdnů. Schůzka s psychiatrem trvá vždy přibližně deset minut. V tomto roce zažil první toxickou psychózu, stav, který popisuje jako: „*Dva týdny jsem nespál, měl jsem tlak na očích, slyšel jsem hlasy známých, jak se o mně baví, měl jsem bludy*.“ Nejprve hledal pomoc na poliklinice, kde by mu pomohli s fyzickými příznaky. Následně skončil na psychiatrii, hospitalizovaný nebyl, rodiče se za něj zaručili, že na něj dohlédnou. Půl roku strávil doma. Po třech měsících se vrátil k marihuaně. Po roce se rozhodl přestat, ale toxická

¹⁹ Myšleno ke vztahu k psychózám.

psychóza se opakovala. Vždy po vysazení po třech dnech abstinence začaly zvukové halucinace, nemohl spát, pořád na něco myslel. Poté další tři roky pil pouze alkohol, v roce 2011 pocítil tlaky na čele, svěřil se s tím psychiatrovi, který ho poslal na ORL, kde mu nic nezjistili. Zdálo se, že se jeho stav lepší, tak na osm měsíců přestal chodit k psychiatrovi.

Zlomovým bodem v jeho životě byl rok 2012, v té době mu bylo dvacet sedm let, osm měsíců byl bez psychiatrické pomoci, pociťoval však, že se jeho psychický stav horší, doslova ho popisuje jako „*pomalu jsem se zbláznil*“, nejprve trpěl vtravými myšlenkami, poté tento stav vygradoval v panickou ataku, kdy si zavolał sanitku. Hospitalizován nebyl, po dvou týdnech opět navštívil psychiatra, který jeho stav nevyhodnotil jako závažný a domluvil si s ním schůzku za dva týdny, kam ale už nedorazil. Byl poprvé hospitalizován nejprve v nemocnici na psychiatrickém oddělení, avšak za napadení sanitáře následně přeložen do psychiatrické nemocnice. Hospitalizován byl pět měsíců. Tuto zkušenost popisuje jako traumatickou. Jeden týden byl zavřený v klecovém lůžku, užíval čtyřicet léků denně, byl v útlumu, bez aktivit, maximálně třikrát za den měl povoleno kouřit. V tomto stavu si chtěl „*sáhnout na život*“ – například se věšel na tkaničky od tepláků. Zde se také poprvé dozvěděl, že trpí paranoidní schizofrenií. „*Kdybych se nezeptal, zda mám schizofrenii, tak mi to ani neřeknou.*“ V následné péči prošel pracovní a skupinovou terapií a skupinovou terapií zaměřenou na prevenci relapsu, ale dle jeho slov si z toho nic neodnesl. Většinu informací o svém onemocnění si našel sám. Nyní je pouze v péči psychiatra, ke kterému dochází jednou za pět týdnů.

9.3.5 Case management

Vít v službách sociální rehabilitace od ledna 2014, kam ho dle jeho slov „*dotáhla matka*“ se zakázkou ho aktivizovat. On sám by tam nešel. Během roku 2014 se zapojil do resocializačního a rehabilitačního programu Chůzí ke zdraví, který navštěvoval pravidelně každý týden. K pravidelnému kontaktu case managera s Vítem, především telefonicky, docházelo jednou za dva týdny. Ke konci roku rozvolněna spolupráce, domluvené schůzky se konaly v intervalech jednou za tři až čtyři týdny. Vít dále motivován zapojovat se do dalších volnočasových aktivit – florbal, hokej. Po celou dobu spolupráce u Víta přetrvává nepředvídatelná úzkost (užívá Rivotril), apatie, strach z životních překážek. Chybí mu kontakt se sebou, absence prožívání, oploštělé emoce. Psychiatrické léky však z důvodu tlumení a zvýšené únavě užívá nepravidelně. Case manager neustále opakuje nutnost pravidelného užívání.

Plánem case managera je vést Víta k samostatnosti, jelikož je Vít, byť má k dispozici finance plného invalidního důchodu a mzdy, kterou si vydělá, zásobován i financemi od rodičů. Nemá tedy přehled o tom, kolik co stojí a nemá zájem se to ani naučit. Avšak pokud mu rodiče dají úkol, splní ho, i když se mu nechce. Snahou case managera bylo více zapojit rodinu do spolupráce k úpravě Víta.

Během roku 2015 měl Vít problémy se sebevědomím, uvědoměním si sebe sama, problémy s finančním hospodařením, problémy s péčí o domácnost. I tak se zapojil do

psychosociálních aktivit (např. bowling s klienty) a měl zájem učit se angličtinu. V lednu se skrze telefonický kontakt s matkou case manager dozvěděl, že je Vít závislý na online sázení.

Matka je velmi aktivní v hledání pomoci, ale také dle jejích slov nespokojená, že se Vít nezlepšil ohledně financí a úzkosti. Sděluje také, že se také doma dost hádají.

Case manager má schůzku s Vítem, ze které vzejde, že mu matka šetří peníze na to, aby mohl sázet. On chce vyhrát, aby mohl cestovat. Po dlouhé době Vít vyjadřuje, že se mu něco líbí – rychlost auta, poznávání nových míst, honosné budovy, také zmiňuje, že má za sebou skok padákem, bungee jumping.

Schůzky s case managerem hodnotí jako oživení z nudy, kterou vede. Vít je ve svých názorech v rozporu – sám být aktivní nechce a pomoc taky odmítá.

Během února 2015 probíhá komunikace s matkou i Vítem o vhodnosti navštívit adiktologické zařízení, které s nimi bude řešit závislost na sázení. V březnu doprovází case manager Víta do kontaktního centra. S Vítem se domlouvají na střídání se v organizování volnočasových aktivit, do kterých by se zapojili i další klienti a tím by měl Vít možnost navázat nové vztahy. Domlouvají se na zvýšení frekvence schůzek na jednou za dva týdny.

Konec března – Case manager se schází s Vítem u něj doma a jdou spolu na procházku do místních lesů. Case manager vede dialog po návratu i s matkou, která neustále čeká, kdy se Vít změní, jelikož jí je líto Vítových absencí prožívání.

Začátek dubna 2015 – Vít chce ukončit spolupráci s kontaktním centrem, nesplňuje jeho očekávání. Uvažuje také o tom, že by začal o víkendů pít alkohol. Vyjadřuje přání, že by rád snížil hmotnost, nejprve úpravou životosprávy, poté pohybem. Koncem dubna navštíví case manager s Vítem kontaktní centrum, s kolegy zhodnotí a ukončí spolupráci.

Během května 2015 – Case manager motivuje Víta do terapeutické skupiny pro klienty s psychotickým onemocněním. Vít také projevil zájem o rekondiční pobyt pro osoby s duševním onemocněním.

Vít od června 2015 dochází na terapeutickou skupinu zaměřenou na arteterapii a trénink sociálních a komunikačních dovedností (každých čtrnáct dní), individuální spolupráce s case managerem je domlouvána dle potřeby.

Konec června – Vít se účastnil rekondičního pobytu, který si on i rodina si ho velmi chválili. Case manager si všímá zlepšení nálady u Víta, po dlouhé době ho něco bavilo.

Konec srpna 2015 – Vít sděluje, že má nezvykle moc aktivit a obává se relapsu a hospitalizace. Má zájem o svůj vzhled, drží dietu. Více se snaží chodit mezi lidi. Plánuje si splnit dávný sen – navštívit místo na Slovensku. Také častěji rybaří a má jet na dovolenou s rodiči k moři.

Září 2015 - Case manager odchází, Vít dostává nového. Nový case manager s ním sjednává interval individuálních schůzek na jednou za dva týdny. Na konci září se spolu baví na téma

dovolené, kterou si Vít neužil, po celou dobu pobytu měl obavy, že se mu zhorší psychické zdraví.

Říjen 2015 – Vít přichází za case managerem s nápadem procházky po městě. Daří se mu jednou týdně dojíždět na florbal. Vyslovuje přání, že by se rád s někým seznámil, ale neví, jak na to. Kamarády má jen z hospody a jiný čas spolu netráví. Mluví také o době, kdy byl aktivním uživatelem návykových látek, jak neměl žádné starosti a měl kamarády. Case manager mu doporučuje navštívit resocializační večerní aktivitu pro klienty v nedalekém městě. Vít se aktivity účastnil, celkem kladně jí hodnotí, ale zmiňuje, že se už příště účastnit nebude.

Listopad 2015 – Case manager se seznamuje s matkou. Její zakázkou je aktivizace Víta, pasivní trávení času se jí nelíbí a Vít s ní souhlasí. V rozhovoru se case manager s klientem vrací k minulé aktivitě - večernímu setkání, Vít ho nakonec zkusí ještě jednou s doprovodem case managera. Na konci listopadu se Vít snaží aktivně trávit volný čas (např. večere s matkou), dochází stále na florbal, práce ho však více vyčerpává, zkracuje si pracovní dobu na tři hodiny denně.

Prosinec 2015 – Case manager navštěvuje Víta doma. Baví se na téma finance, finančně se nijak nepodílí na chodu domácnosti, peníze prokouří a prosází, ale vnímá, že to tak není v pořádku.

Leden 2016 – Vít nemá kamarády, kteří by nepili alkohol. Dále má pocity, že by měl pracovat déle. Po práci občas vyvenčí psa a sází na počítači. Case manager opět mapuje, co by ho bavilo. Vít zvažuje cizí jazyk. Domluven s case managerem, že mu najde online kurz angličtiny, protože Vít nechce nikam dojíždět.

Únor 2016 – Vít se sám aktivizoval, domluvil se s otcem, sestrou a kamarádem, že budou jednou týdně hrát bowling. Online kurz si zatím nekoupil, protože se necítil z rodinných důvodů dobře. Doma ho rozhodila skutečnost, že jeho sestra bude přebírat vedoucí pozici v rodinné firmě. Co se týče financí, měsíčně prokouří deset tisíc, avšak mnohem vyšší částku investuje do sázení. Vít konfrontován se skutečností, co s ním bude, až rodiče přestanou mít trpělivost.

Březen 2016 – Vít hodnotí svou situaci tak, že se mu nedaří kvůli častým konfliktům s rodiči kvůli sázení. Zvažuje, že by se přestěhoval, avšak konkrétní kroky nepodniká a připouští, že by pro něj bylo obtížné starat se o domácnost a vyjít s penězi. Koncem března sám přichází s novou zakázkou osamostatnit se od rodičů. Case manager zmiňuje nutnost zapojit dalšího pracovníka z týmu case managerů.

Duben 2016 – Situace doma se uklidnila, Vít omezuje sázení, má méně konfliktů. Jeho přáním je změna ve trávení volného času, v pasivitě se již necítí dobře. Case manager navrhuje využít aktivizační program pro duševně nemocné, který nabízí kurz angličtiny.

Květen 2016 – Vít pověřen case managerem vést výlet se skupinou klientů s duševním onemocněním. Plánem case managera je více zapojit rodinu do péče a případné osamostatnění Víta.

Červen 2016 – Vít přestal sázet. Pořídil si nové auto. Sám si domluvil kurz angličtiny. Avšak napětí v rodině roste, Vít nespokojen s tím, že sestra získala větší podíl ve firmě, ale na druhou stranu díky tomu připouští, že přestal sázet, aby rodičům dokázal, že je na něj spolehnutí. Dohodl se s case managerem, že se bude učit jak trávit volný čas, a poté spolu budou řešit téma osamostatnění.

Červenec 2016 – Vít si zkoušel zařídit lázně (termín až v létě 2017). Přiznává, že měl slabší chvíli a po dvou měsících si opět vsadil, rád by však přestal.

Srpen 2016 – Vít má skleslou náladu, nic ho nebaví, neví proč. Popisuje svůj stav jako nudu, je nespokojený. Snaží se omezit i kouření. Medikaci užívá a pravidelně dochází k psychiatrovi. Neví, jak trávit volný čas. Jednou týdně se vídá s kamarády v hospodě. Case manager se ho opět ptá na osamostatnění, Vít změnu nechce. V polovině srpna jede na dovolenou k moři s rodinou.

Koncem září 2016 přestává chodit na kurz angličtiny, protože je nespokojen s nízkou úrovní. Daří se mu nesázet.

9.3.6 Potenciál recovery

Dovednosti a motivace

Vít sám sebe hodnotí, že není dobrý v ničem. Vít se však podceňuje a z analýzy dokumentů jsem objevila dovednosti a zájem o cizí jazyk, sportovní aktivity jako hokej, florbal, plavání, bowling, rybaření.

Má zájem o nové informace a aktuální dění, dívá se na dokumenty v televizi, sleduje zprávy. Vít na mne působí zvědavým dojmem.

Podle výpovědi case managera je Vít motivován jen tehdy, pokud jde o cíle, kde může čekat adrenalin (proto má zájem o online gambling, v minulosti bungee jumping, skok padákem, zájem o rychlá auta). Pokud je lehké něčeho dosáhnout, nemá ani motivaci se snažit.

Motivací však může být i strach z hospitalizace, kterou už nikdy nechce zažít.

Vít dle matky býval dobrý v matematice, ve složitých matematických operacích (proto ho také baví sázet).

Rád poznává nová místa a rád cestuje. Je vlastníkem řidičského průkazu i auta, je soběstačný, co se mobility týče.

Vnější zdroje recovery

- Rodina – především ze strany matky, možnost pracovního uplatnění v rodinné firmě, finanční podpora.
- Kamarádi.
- Case manager.

- Terapeutická skupina.

Přání a cíle

Hlavním přáním Víta je vrátit se ke způsobu života jako před hospitalizací – aktivně trávit volný čas.

Rád by cestoval (cestování mu dodává největší sílu a chuť do života). Momentálně má však strach někam jet (např. z delšího letu).

Chce více času trávit s kamarády a moci s nimi pít pivo.

Chce docházet na skupinu recovery, která bude trvat rok.

9.3.7 Rozbor Vítova případu

Vít patří z hlediska etiologie do skupiny lidí, u nichž se při dlouhodobém intenzivním užívání návykových látek rozvinula paranoidní schizofrenie. Etiologické faktory, jako je genetická vulnerabilita, spouštěče onemocnění (častá expozice návykovým látkám v adolescenci a rané dospělosti), neuropatologie vyvolávající schizofrenii a společná riziková stadia vývoje (dětství a adolescence, ve kterém nebyly Vítovy potřeby saturovány ze strany péče rodičů), se u Víta překrývají. Genetickou predispozicí Vít zatížen není, jelikož dle rodinné anamnézy nikdo v blízkých příbuzných schizofrenií netrpí.

Z adiktologického hlediska

Alkohol a konopné drogy

Dle Jellineka (1940) spadá Vít do skupiny typu beta – příležitostný abúzus, který je charakterizován sociokulturálně – častým pitím ve společnosti s kamarády od svých jedenácti let každý víkend o prázdninách. Ve dvanácti letech začal kouřit marihuanu, od patnácti let intenzivně v dávkách 5 – 10 cigaret denně (hlavně „skéra“). Identifikoval se s partou, která pro něj byla přitažlivá svým návykovým chováním. Můžu jen odhadovat, zda Vít pochází z dysfunkční primární rodiny, tudíž se tímto způsobem snažil mírnit bolest z nudy a citový chlad a lhostejnost v rodině. Intenzivně kouřil marihuanu devět let. Kdyby se neprojevil psychotické ataky a nespustila se mu paranoidní schizofrenie, nejspíš by pokračoval v užívání návykových látek dále. Však i nyní si příležitostně dopřeje půl litru piva, i když mu nedělá dobře. Pije spíš jen účelově, aby splynul s partou kamarádů, se kterou se setkává v hospodě.

Halucinogeny a stimulancia

Vít poprvé užil lysohlávky ve čtrnácti letech, od patnácti příležitostně dvakrát do měsíce. LSD vyzkoušel „ze zajímavosti“ v osmnácti, kdy však už pocítoval první psychotické projevy. I když zažíval „bad tripy“, v užívání dál pokračoval. Mým odhadem si

halucinogeny saturoval potřeby transcendence a jednoty se sebou samým a s kamarády. Ritualizací ve skupině si potvrzoval postrádanou sounáležitost.

Experimentoval i s extází, pervitinem a kokainem, se stimulancii, která mu však nic nedávala a užíval je především na zahnání nudy a opět k začlenění se do party.

Tabák

Nyní je závislý na nikotinu. I když měsíčně za cigarety zaplatí deset tisíc korun, finanční tíseň nepocítuje. Jde o poslední návykovou látku, po které prozatím nemá žádné psychopatologické ani somatické obtíže.

Patologické hráčství

Online sázením Vít opět zahání prázdnotu a nudu ve svém životě. Výhru by investoval do cestování, což vnímám jako zajímavý fenomén, jelikož Vít pochází z finančně saturovaného rodinného prostředí a s nedostatkem financí nemá problém. Nevnímán tedy potřebu vyhrát jako hlavní „motor“ pro sázení, ale spíše adrenalin, který se Vítovi při procesu sázení vyplavuje. Dále pak kompenzací návykových látek sázením, jelikož všechny návykové látky vyplňovaly Vítovo prázdno v životě. Problém vidím v nejednotnosti a rozcházejícím se přáním a jednáním matky, která ho v sázení finančně podporuje a přitom si přeje, aby nesázel. Kladně hodnotím zapojení Víta do poradenství v kontaktním centru. Vít má na své online sázení vytvořený náhled a nyní se nachází v remisi onemocnění.

Z hlediska recovery

Vít se do komunitní péče dostal skrze iniciativu jeho matky, která ho chtěla aktivizovat. Nakonec se však sám zapojil do resocializačních a rehabilitačních aktivit (například každý týden absolvoval procházky s klienty, jednou i sám připravoval pro skupinu trasu). Sám se zapojil do sportovních aktivit (florbal, hokej, rybaření). V prvních letech (roce 2014, 2015) u Víta přetrvávala dle case managera nepředvídatelná úzkost, strach z životních překážek, depersonalizace, absence prožívání a anhedonie.

Plánem od samého počátku spolupráce je vést Víta k samostatnosti. Vít však o osamostatnění nejeví zájem. I když Vít pracuje v rodinné firmě čtyři hodiny denně jako administrativní pracovník, nepodílí se finančně na chodu domácnosti, kterou sdílí s rodiči. Finančnímu hospodaření se odmítá naučit. Zadané úkoly od rodičů však plní.

Začátkem roku 2015 není matka Víta spokojená s prací case managera. Podle jejich slov se Vít nezlepšil, co se týče úzkostí, ani co se týče hospodaření s financemi. Nejspíše se kvůli těmto problémům doma hádají. Stěžuje si také na Vítovo online sázení, v kterém ho však sama finančně podporuje a neustále čeká, kdy své chování Vít změní.

Dalším zajímavým momentem shledávám, když Vít projevuje zájem o rekondiční pobyt s ostatními klienty a je motivován docházet do terapeutické skupiny pro klienty s psychotickým onemocněním (arteterapie a trénink sociálních dovedností). S rekondičním pobytem byl Vít i jeho rodina spokojení. Po dlouhé době Víta něco bavilo a zlepšila se mu

nálada, plánuje zrealizovat sen (cestování), zajímá se o zevnějšek, častěji rybaří, snaží se více chodit do společnosti, jede s rodinou na dovolenou. Přetrvávají však u něj obavy z relapsu.

Během září dochází ke změně case managera, což vnímám jako rizikové, co se týče Vítova zdravotního stavu. Navázání spolupráce však s novým case managerem proběhlo bez obtíží (otevřeně spolu komunikují na téma dovolená, minulost a užívání návykových látek, což je celkem náročné a osobní téma).

Dalším zlomovým recovery bodem je Vítova tendence socializovat se, ke kterému dochází v říjnu 2015, kdy Vít vyslovuje přání, že by se rád s někým seznámil. Na doporučení case managera navštíví večerní resocializační aktivitu.

Vít stále projevuje snahy aktivně trávit volný čas (florbal, večere s matkou, bowling s rodinou, procházky s klienty). Na druhou stranu práce ho více vyčerpává a zkracuje si pracovní dobu.

V únoru 2016 Víta rozhodilo povýšení jeho sestry na vedoucí post v rodinné firmě. Konflikty s rodiči kolem sázení nabývají na četnosti. Zvažuje, že by se přestěhoval, avšak připouští, že by pro něj bylo obtížné starat se o domácnost a vyjít s penězi.

Poté, co se situace doma uklidňuje (Vít omezuje sázení), Vít přestává jevit zájem o osamostatnění. Jeho přáním je změna ve trávení volného času, v pasivitě se již necítí dobře. Case manager navrhuje využít aktivizační program pro duševně nemocné, který nabízí kurz angličtiny, jelikož sám Vít vyjádřil přání naučit se tento cizí jazyk.

Na jaře 2016 je plánem více zapojit rodinu do spolupráce a případné osamostatnění Víta. V červnu 2016 Vít přestává sázet, má nové auto, sám si domlouvá kurz angličtiny, zařizuje si lázeňskou péči, dotazuje se na recovery skupinu. V srpnu opět vyjadřuje, že ho nic nebaví, neví, jak trávit volný čas a je s tímto stavem nespokojený. Snaží se omezit i kouření. Medikaci pravidelně užívá a pravidelně dochází k psychiatrovi (v kontrastu při prvních měsících spolupráce s case managerem, kdy Vít užíval látky nepravidelně). Osamostatnění odmítá, změnu nechce.

9.3.8 Souhrn případové studie

Vít začal užívat návykové látky poměrně brzo, v jedenácti letech. Jeho užívání vnímám jako náhradu separačních a individuálních tendencí a shledávám ho jako integrující element „křehkého Já“ v pojetí Hajného (in Kalina et al., 2015). Psychoaktivními účinky návykových látek Vít externalizuje vnitřní problémy a tendencemi měnit stav mysli uniká před vnitřní prázdnotou. V Eriksonově vývojovém modelu v konfliktu identity ega a zmatení rolí Vít našel své místo právě v komunitě kamarádů a v užívání návykových látek. Snažil se separovat skrze partu, ve které ale nebyl ani dítětem, ani dospělým. Rodiče o něj pečují i nepečují a tento stav stále trvá. V konfliktním období intimity versus izolace Vít vzdoruje proti roli dospělého například tím, že se odmítá osamostatnit a nikdy nechce mít děti. Pociťuje vnitřní prázdnotu a izolaci. Problém se separací však pokračuje, Vít si neuvědoměle

brání svou pozici v rodině, aby ji nezískala starší sestra, což mohlo zapříčinit jeho pocity hněvu, když byla sestra povýšena na pozici ředitele firmy.

Víta vnímám jako odhodlaného ke změně, respektive změnou od poslední hospitalizace prochází, i když se s nemocí doposud nesmířil. Na otázku jak se mu žije s paranoidní schizofrenií, odpověděl: „*Špatně, není den, co bych na to nemyslel.*“ Jeho snem je návrat do doby, kdy si užíval života a neměl žádné starosti. I když dle jeho výpovědi celý den leží a dívá se do zdi a poslední čtyři roky žije ve stereotypu, vnímám jeho snahy z tohoto stereotypu vykolejit. Má zájem se socializovat a seznamovat se s novými lidmi (rekondiční pobyty, terapeutická skupina, procházky s klienty, zájem o lázeňskou péči). Má vytvořený náhled na své „patologie“, je na sebe přísný, ale zároveň opatrný. Je si vědom spouštěčů relapsu (nedostatek spánku, nadbytek aktivit a změn, užívání návykových látek) a snaží se těmto spouštěčům vyvarovat. Jeho obavy jsou natolik silné, že není schopen se osamostatnit, má strach z této změny a ani necítí potřebu. Jeho potřeba nastává pouze v době, kdy dochází ke konfliktům v rodinné komunikaci.

Schůzky s case managerem hodnotí jako oživení z nudy, kterou vede. Vít je ve svých názorech v rozporu – sám být aktivní nechce a pomoc taky odmítá. K tomuto mně napadá paralela k situaci, kdy jeho matka nechce, aby sázel, ale zároveň ho finančně podporuje. V rámci imaginace Vítova dětství a puberty si představuji, že k těmto konfliktům ze strany matky mohlo docházet po celou dobu výchovy. Chybí mi informace o tom, jakou úlohu ve výchově sehrál otec Víta a jaký měl Vít vztah se sestrou.

V konkrétních krocích podpory separace od rodiny a zbavení se životního prázdna, které Víta provázejí, bych nejprve Vítovi doporučila stejně jako case manager skupinovou psychoterapii, například zapojení se do svépomocné skupiny, která by mohla nahradit partu. Na druhou stranu by však bylo prospěšné zapojit do procesu recovery – údravy i jeho kamarády z minulosti a naučit je trávit s Vitem volný čas i mimo prostředí barů a hospod.

V každém z jeho kroků je nutné posilovat motivaci a prevenci relapsu a především Vítovi dále poskytovat podporu ve stabilizaci jeho vnitřních pocitů a podporovat jeho sebevědomí. Důležité je pomoci změnit Vítovo nazírání na nové aktivity, jelikož jde Vít „s nasazením“ do každé aktivity s tím, že se bude nudit.

Dále vidím důležité rozvíjet jeho spiritualitu – podporovat smysluplnost bytí, hodnot, transcendence, spojení s druhými, vztah k sobě, „stávání se“. Podporovat Víta v pocitu vlastní zodpovědnosti, ke kterému by právě mohlo dojít po osamostatnění se.

10 Výsledky výzkumu a diskuze

Tato kapitola se věnuje výsledkům, které jsou podrobeny kritické diskuzi. Dále v ní rozebírám etická dilemata a snažím se reflektovat sebe v roli výzkumníka.

Již v jednotlivých případových studiích jsem se dopracovala k určitým výsledkům. Vlastní výzkumná část se pokouší nalézt odpověď na následující výzkumné otázky:

- 1) Jak ovlivnily návykové látky průběh psychiatrické nemoci klientů jednotlivých případových studií?
- 2) Jaký model léčby duálních diagnóz jednotlivé případové studie představují?
- 3) Jaký model case managementu jednotlivé případové studie představují?
- 4) Jaké intervence je vhodné použít k možnosti zlepšení zdravotního stavu klientů jednotlivých případových studií?

Jak ovlivnily návykové látky průběh psychiatrické nemoci klientů jednotlivých případových studií?

Vítův příběh demonstruje etiologicky skupinu těch klientů, kterým dlouhodobé intenzivní užíváním návykových látek (především ve velkých dávkách marihuany, dále pak LSD, pervitinu, extáze a dalších) rozvinulo paranoidní schizofrenii. Marihuanu intenzivně kouřil devět let, a kdyby se u něj neprojevil psychotické ataky, nejspíše by pokračoval v užívání dále. V jeho příběhu, stejně jako v příběhu Jindřicha, se objevuje fenomén prázdna vyplňovaný návykovými látkami. Abstinencí, díky které se opět dostal zpět do prázdna, vyplnil patologickým online hráčstvím.

Jindřichův případ patří do etiologické skupiny samoléčení. Klient užívá návykové látky (alkohol, marihuanu, pervitin) především k zahnání nudy. Na rozdíl od Víta, Jindřich kouří marihuanu denně více jak deset let, ale nikdy neměl po užití psychotický stav, proto také v užívání pokračuje. Kouřením marihuany a konzumací alkoholu naplňuje prázdno místo ve svém volném čase. Psychózu uvádí po užití pervitinu, který začal užívat jako doping a kompenzaci pocitů méněcennosti. V době sběru dat byl klient ohrožen pervitinovým cravingem. V Jindřichově příběhu přecházela závislosti na alkoholu, marihuaně a pervitinu, závislost na sportu, behaviorální závislost, která se objevuje i v příběhu Víta.

Leona spadá, stejně jako Jindřich, z etiologického pohledu do skupiny tzv. modelu samoléčení. Pomocí alkoholu utíká před psychickým tlakem a duševní bolestí. Hlavními Leony motivy užití pervitinu byly zvýšení sebevědomí, urychlení myšlení a pocity síly. Vyzkoušela také účinky marihuany, avšak očekávaný efekt snížení psychického tlaku se nedostavil. Užívání návykových látek přecházelo diagnostice nediferenciované schizofrenie.

V případových studiích jsem záměrně věnovala pozornost adiktologickému rozboru, jelikož by mohl obohatit práci jednotlivých case managerů a vyzývá k čtenářově zamyšlení.

Rozbory jsou však metodologicky limitující, poněvadž v nich jde o subjektivní náhledy výzkumníka.

Jaký model léčby duálních diagnóz jednotlivé kazuistiky představují?

Z chronologické analýzy jednotlivých případových studií vyplývá, že na počátku onemocnění duální diagnózou byli všichni tři klienti léčeni hospitalizací nejprve pro závislostní chování – Leona pro závislost na alkoholu, Vít kvůli toxickým psychózám po marihuaně a Jindřich za spáchání trestného činu pod vlivem pervitinu a toxických psychóz. Díky dlouhodobým hospitalizacím byla Vítovi diagnostikována paranoidní schizofrenie a Leoně nediferenciovaná schizofrenie. U Jindřicha data ohledně stanovení diagnózy paranoidní schizofrenie chybí.

Následně po tom, co se klienti zapojili do komunitní péče, tedy do péče case managerů, jejich případové studie reprezentují model paralelní léčby. Léčebný model, kdy se obě ohniska problému léčí současně, avšak každé v jiném léčebném zařízení. Case manager a klient jsou ti, kdo jednotlivé složky péče propojují. Leonin stav je nyní stabilizovaný, pravidelně dochází k psychiatrovi a kontrolovaně užívá alkohol. Vít po diagnostice paranoidní schizofrenie abstínuje od návykových látek kromě příležitostného užití alkoholu, a online sázení také omezil. U Jindřicha je riziko relapsu nejen, co se týče užívání pervitinu, ale i zhoršení příznaků onemocnění.

Komunitní péče, na kterou jsou klienti navázáni, však vykazuje některé prvky integrované léčby – multidisciplinaritu týmu (case manageři, pracovníci poskytující rehabilitační služby, zdravotní sestra jim chybí, psychiatr zde působí jako konzultant, jednotliví klienti jsou v péči svých ošetřujících psychiatrů, kteří jsou však v úzkém pracovním spojení s case managery). V této službě také chybí odborník na zneužívání návykových látek, tedy adiktolog. Tuto skutečnost potvrzuje i fakt, kterému se věnuji v posledním etickém dilematu (viz níže).

Jaký model case managementu jednotlivé případové studie představují?

Případová studie Leony v úvodní fázi case managementu demonstruje intenzivní case management (ICM), který je primárně orientovaný na klienta s chronickou vážnou duševní nemocí v období návratu do přirozeného prostředí po hospitalizaci. Case manager se aktivně zapojil do komunity, navázal vztah s Leonou a její matkou. Leona v minulosti propadávala systémem péče a své psychické problémy zaháněla alkoholem. Model intenzivního case managementu postupně transformoval do FACT modelu, kdy se case manager snaží o kontinuitu a flexibilitu léčby, sociální inkluzi a o propojení zdravotnické a komunitní péče, tak aby spolu všichni účastníci, zapojení do péče, spolupracovali a tím snižovali remisi onemocnění. Motivuje klienty k zapojení se v jejich přirozeném prostředí a snaží se, aby oni sami toužili po změně a úspěchu při dosažení vlastního cíle (Veldhuizen, 2007), což Leona

touží, ale její přání a cíle se neshodují přáními matky, plány case managera a doporučením ošetřujícího psychiatra.

Podobné znaky vykazuje case management v případové studii Víta. U něj se case manager snaží především o jeho aktivizaci a motivuje ho k osamostatnění. Vítovi chybí touha po změně směrem k osamostatnění.

Jindřichova případová studie, zaměřím-li se na Jindřichovo odmítání depotních injekcí, představuje asertivní komunitní léčbu (ACT), která je poskytována klientům, kteří často vypadávají z léčby, respektive o ní nejeví zájem. Case managerovi se povedlo Jindřicha motivovat k návštěvě svého psychiatra. Nakonec psychiatr došel k závěru, že Jindřich farmakologickou léčbu nepotřebuje. Asertivní komunitní léčba má být však nepřetržitě dostupná i v krizových situacích, což Jindřichův case manager není.

Shrnu-li odpověď na tuto výzkumnou otázku, jednotlivé případové studie zobrazují modifikaci různých modelů case managementu, nejčastěji model FACT, který je kombinací ICM a ACT modelu.

Jaké intervence je vhodné použít k možnosti zlepšení zdravotního stavu klientů jednotlivých případových studií?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku jsem vypracovala u každé případové studie zvlášť a konkrétní kroky navrhuji v souhrnech jednotlivých případových studií. Záměrně je neodděluji od případových studiích k dokreslení příběhů jednotlivých klientů. Jsem si vědoma, že formálně patří do této části, jelikož se v nich objevují mé názory.

Jednotlivé intervence psychosociální rehabilitace, kam se řadí case management, jsou ve velké míře založeny na empirii a dlouhodobých zkušenostech praktiků, léčba je individualizovaná a postavená na odborném vhledu. Profesionálové si vytváří osobitý přístup ke klientům a styl práce. Nevýhodami jsou obtížná přenositelnost dovedností a kompetencí zkušených praktiků k mladším méně zkušeným a stejně tak v limitech měřitelnosti efektivity poskytovaných intervencí (Gabrhelík, 2015). Rapp (1998, in Libra 2015) shrnuje praktické požadavky na efektivní case management, které se objevují v jednotlivých případových studiích – kontakty case managerů s klienty probíhaly v přirozeném prostředí, byly také často doplněny telefonickými kontakty a kontakty s třetími stranami (rodiči, psychiatry). Frekvence kontaktů byla vždy přizpůsobena potřebám klientů, avšak podle Rappa (1998) by neměly klesnout pod hranici šesti kontaktů do měsíce, což se v případě všech klientů stalo, kontakt klesl i na frekvenci jednou za měsíc. Case manager má poskytnout tolik pomoci, kolik je možné. Využití přirozeně působících komunitních zdrojů má být povzbuzováno, tady vidím vhodné dále pracovat s potenciály recovery a případně k dalšímu zmapování doporučuji využít soubor otázek k odhalení předností (viz Příloha 2), které jsem sestavila pomocí publikace *Cesty k zotavení od Ridgway, 2014*.

Case manažeři mají mít konečnou odpovědnost za služby pro klienta, mají si ponechat svou autoritu v situacích rozhodnutí o doporučení klienta k odborníkům, klientům má být

poskytnuta rovná či větší autorita než jiným profesionálům v léčbě a v životních rozhodnutích (vyjma rozhodnutí o hospitalizaci) a doporučení jako vyhýbat se „tradičním programům“ jako je hospitalizace, poradenství v kanceláři, chráněné pracovní programy, aj. (Rapp, 1998, in Libra, 2015). Je nutné výše zmíněná doporučení zasadit do kontextu kultury, ve které vznikla, tedy do USA, kde má case management a komunitní péče dlouhodobou tradici a nelze je bez kritického uvážení přenést do českých podmínek.

Etická dilemata ve výzkumu

Při sběru dat „mimo“ adiktologické služby“ jsem se setkala s nejedním etickým zádrhelem. V jedné sociální službě pro duševně nemocné se mi podařilo skrze case managery oslovit tři klienty, se kterými jsem se domluvila na spolupráci. V prvním kroku sběru dat jsem dostala úkol od svého vedoucího diplomové práce zmapovat dle dotazníku DAST/AUDIT jejich problémy s návykovými látkami. Již zde jsem narazila na první z dilemat. Dotazníky jsem nejprve poslala case managerům, kteří s klienty pracují. Po poradě týmu mi odpověděli, že jsou dotazníky moc náročné a mohly by v klientech rozpoutat craving. Nabízí se zde položit si otázku: *Jsou dotazníky určené „adiktologickým“ klientům necitlivé pro jinou klientelu – například psychiatricky nemocné – přitom adiktologičtí klienti jsou taky psychiatricky nemocní lidé?*

Rozhodnutí case managerů jsem respektovala, ale pro teoreticky vhodnou situaci k vyplnění jsem je měla připravené s sebou na schůzce s klienty. Při sběru dat jsem u jednoho klienta vyhodnotila, že pro něj nebude ohrožující vyplnění screeningového testu DAST, díky kterému jsem mohla systematicky zmapovat jeho situaci. U zbylých dvou mi přišlo neadekvátní dotazníky vyplňovat. Druhý z klientů byl otevřený komunikaci a odpověděl mi na všechny mé citlivě položené otázky, tudíž mi přišlo vyplnění dotazníku pouze jako účel splnění jednoho z metodologických kroků, proto jsem ho s ním nevyplňovala. Pro posledního klienta jsem vyhodnotila tento úkol jako náročný, byť z momentálního psychického rozpoložení, tak i z náročnosti samotného dotazníku.

Odpověď na toto dilema je dle mého názoru „ano, dotazníky jsou necitlivé“, jako „profesionál“ беру střízlivě a opatrně jakékoliv vyplňování dotazníků. Raději vedu s klientem otevřenou diskuzi a držím se stanovených témat, jelikož mi účelové vyplňování dotazníků přijde neosobní a vzdalující se od klienta.

K dalšímu etickému dilematu pokládám otázku, zda *sdílet sebrané informace s case managery (jinými kolegy mimo adiktologickou oblast)?* Při rozhovorech jsem se dotkla důležitých témat, která se týkala užívání návykových látek. Podle mého názoru o některých skutečnostech case manageri neví. Shledávám důležité sebrané informace sdílet už jen pro to, že jsou vhodná pro další mapování a vlastně i sbližování se s klientem, jelikož přes adiktologická témata se dá elegantně dostat tématům psychických problémů konkrétních klientů. Je vhodné o těchto tématech otevřeně mluvit, aby se „odtabuizovala“. Vidím jako užitečné obohatit profesionály z řad case managerů – sociálních pracovníků v oboru péče o duševní zdraví o adiktologická témata. Bylo by vhodné je v této problematice vzdělávat, aby

se cítili kompetentně, dokázali vést s klientem dialog na toto téma a neobávali se relapsu. Otevřená komunikace nemusí ihned vést k rozpoutání cravingu a následného zhoršení zdravotního stavu klienta.

Předposlední etické dilema se týká anonymizování konkrétních klientů, tedy otázky: *Jak ve výzkumu anonymizovat klienty, když výzkum probíhá v sociální službě, která k sobě v České republice má pouze pár ekvivalentů, případně nemá žádný?* Jako příklad zde uvádím dětské a dorostové detoxifikační centrum. *Na tuto otázku následuje další: Je možné otevřeně poděkovat službě, která výzkum umožnila, aniž by to bylo pro respondenty ohrožující?* Toto dilema jsem řešila tak, že jsem se zeptala celého terapeutického týmu na jejich názor a všichni dotázaní mi na žádost odpověděli kladně.

Poslední etické dilema vychází z otázky, *zda se výzkumník může stát pracovníkem organizace/služby, ve které byl výzkum prováděn?* Při procesu výzkumu se klient dostal do situace, kdy pracovník vyhodnotil situaci klienta jako krizovou se zvýšeným rizikem relapsu. Jelikož byl klient i pracovník spokojený s mou spoluprací a navázáním vztahu, ke kterému mezi mnou a klientem došlo, požádal mne case manager, zda bych s ním nemohla spolupracovat na prevenci klientova relapsu s tím, že si s ním dohodnu individuální poradenství na toto téma. Klient odmítal veškeré adiktologické služby ve spádové oblasti, a tím pádem mohl propadnout systémem služeb. Mým cílem by v té situaci bylo motivovat klienta k navázání spolupráce s nedalekým kontaktním centrem, případně monitorovat, zda jsou obavy case managera z relapsu adekvátní.

Vlastní sebereflexe výzkumníka

Pro kvalitativní přístup ve výzkumu je charakteristické, že validita poznatků je úměrná naší schopností porozumět a vysvětlit, jak se na tomto procesu podílí samotný výzkumník (Miovský, 2006). Po celou dobu procesu výzkumu od přípravy po analýzu a vytváření nové teorie jsem se snažila o sebereflexi. Již před schůzkami s klienty jsem byla připravená na možnou improvizaci během rozhovorů, jelikož jsem až do chvíle představení se s klienty face-to-face nevěděla, s kým budu rozhovor vést. Při schůzkách s klienty jsem vnímala u některých vliv emočního rozpoložení, osobnostních rysů, některých symptomů nemoci, časové náročnosti, prostoru, kde ke sběru docházelo a externích rušivých elementů. S dvěma klienty jsem byla více v roli naslouchajícího, s rozhovorem s klientkou jsem se musela být více direktivní, rozhovor strukturovat a více se angažovat v kladení otázek, jelikož měla klientka tendence odpovídat jednoslovnými hesly.

Je nutné se kriticky dívat na jednotlivé rozbory případových studií a mé interpretace, jelikož jsou čistě subjektivní a v určitých oblastech limitující. Nestanovila jsem si žádné hranice ve využití konkrétních teoretických poznatků aplikovatelných na jednotlivé příběhy. Využívala jsem v nich svých znalostí, které jsem při studiích Adiktologie získala a vkládala do nich vlastní asociace. Má výzkumná činnost byla také ovlivněna mou profesí zdravotní sestry a praxí v roli terénního a kontaktního pracovníka v nízkoprahových službách.

Při tvorbě této práce jsem si také uvědomila, že již její název je stigmatizující a odporuje myšlence, kterou se snažím čtenáři předat. Volila bych raději název Léčba osob s duální diagnózou v kontextu komunitní/sociální psychiatrie. V mém pojmenování chybí prvek jedince, klienta, pacienta, na kterého v této práci cílím především.

Pro další navazující výzkum bych využila metodu ohniskové skupiny s case managery na téma recovery, zotavení, údravy. Jejich diskuze by mohla cenným materiálem vhodným k dalšímu výzkumu. Dle Bakera (2000) ohniskové skupiny přispívají ke kolektivnímu výzkumu jazyka, hodnot, přání a názorů určité cílové skupiny (Baker, 2000 in Miovský, 2006). Podle mého názoru by bylo užitečné do výzkumu zapojit také rodinné příslušníky, kterých se nepřímo týkají procesy údravy jejich příbuzných s duální diagnózou.

Závěr

Cílem diplomové práce je obohatit čtenáře o nové teorie týkající se terapeutických přístupů k osobám s duální diagnózou, demonstrovat na jednotlivých případových studiích metody case managementu ve službách komunitní/sociální psychiatrie, prozkoumat etiologii a interakci jednotlivých onemocnění a zmapovat vnitřní potenciál a vnější zdroje recovery jednotlivých klientů. Cíle byly splněny a limity závěrečné práce byly diskutovány zejména s ohledem na nízký počet respondentů a nemožnosti obecnějších závěrů

Diplomová práce slouží především jako zdroj informací k možným návazným studiím, k případnému dalšímu opětovnému vstupu do terénu, tedy vyhledání respondentů a zjištění jejich stávající situace nebo doptání se na další bílá místa, na které nebyl prostor v této práci. Je nutno tuto problematiku dále zkoumat a otevřeně o ní mluvit. V kontextu českého prostředí case management stále čeká na své zevrubnější zpracování, diskuzi a důležitá rozhodnutí. Je blokován kulturou vytváření sítě služeb, kde se klade spíše důraz na kontinuitu služby než na kontinuitu péče, dále pak problematikou financování a oddělování sociálních služeb a zdravotních a také stabilní pozice klasické medicínsky orientované psychiatrie. Otázky na téma role komunitní péče nejsou v odborné veřejnosti transparentně diskutovány a chybí převládající konsenzus (Libra, 2015).

Ústavní péče s velkým úsilím produkuje (vy)léčený subjekt, ale málo reflektuje, že při léčbě samotného klienta radiálně manipuluje i s jeho materiálně-sociálními vazbami, zasahuje i do jeho „prostředí“, které se zdá být od psychiatrické nemocnice daleko (Paleček, 2010). Proto je důležitý rozvoj komunitní péče, která působí přímo v komunitě. Case manager má v komunitě roli překladatele, překládá nemoc do místních souvislostí, zachází s nemocí jako s otevřeným jsouncem umístěným a dělaným ve vztazích. Cíleně propojuje klienta se situacemi, které nejsou primárně definované psychiatricky a snaží se překládat kontext celé nemoci.

Mou snahou je inspirovat čtenáře k změně náhledu na klienty jako na entity, které vedle svých problémů disponují pozitivními charakterovými i dovednostními rysy. Na jejich pozitivních stránkách by se mělo pracovat, podporovat a rozvíjet je. Je také nutné pomoci najít těmto lidem najít vnější zdroje, které by mohly pomoci v jejich úzdavě, tedy nalezení smysluplného života. Věnovat se klientovi v duchu komunitního přístupu znamená mít na něho dostatek času, nezaměřovat se jen na symptomy nemoci, ale naslouchat člověku se vším všudy a snažit se mu pomoci. Člověk s duální diagnózou má stejné potřeby jako všichni ostatní. Patří mezi ně i partnerský vztah. Jak praví Říčan (2010) o konceptu zotavení *„teoretické koncepty jsou inspirativní, ale samy o sobě nestačí. Potřebují uživatele i profesionály, aby ožily. Potřebují nás, abychom jim uvěřili, abychom je vzali vážně a pokusili je převést do svého života a do své praxe“* (Říčan, 2010, str. 71).

Použitá literatura

1. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
2. Černá, P. (2013). Asertivní kontaktování lidí s duševní poruchou prostřednictvím multidisciplinárních týmů. *Sociální práce*.
3. Deklarace platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR (2012). Green Doors[online]. Praha. [cit. 2016-10-06]. Dostupné z: http://www.greendoors.cz/sites/all/files/docs/deklarace_platformy_pro_transformaci.pdf
4. Dvořáček, J., Popov, P & Miovský, M. (2012). Popis stavu adiktologické péče v České republice. In: Raboch, J., & Wenigová, B. (2012). Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. *Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost os*, (s 17), 25.
5. Duškov, I. (2015). Zápis ze zasedání Řídícího výboru Strategie reformy psychiatrické péče. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Praha.
6. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013). *Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data*, EMCDDA Papers. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
7. Foitová, Z. (2008). Komunitní péče aneb Aby péče o duši neztratila duši. In: Pěč, O., & Probstová, V. (2009). *Psychózy–psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: TRITON.
8. Fox, L., Drake, R. E., et al.(2010). *Integrovaná léčba duálních poruch* (přeloženo z angl. originálu: Integrated Dual Disorders Treatment – IDDT). Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
9. Gabrhelík, R. (2015). Dialog mezi výzkumem a praxí. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Psyché (Grada Publishing).
10. Haasová, K. (2008). Úvod do case managementu. In: Janoušková, K., & Nedělníková, D. (2008). *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků. Sborník studijních textů pro terénní sociální pracovníky*. Ostrava: Ostravská univerzita, 305-322.
11. Harding, C. M., Zubin, J., & Strauss, J. S. (1987). Chronicity in schizophrenia: Fact, partial fact, or artifact? *Hospital and Community Psychiatry*, 38(5), 477-484.

12. Hejzlar, P. (2010). *Na cestě ke komunitní psychiatrii: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Sezemice: Theo.
13. Hendl, J. (1999). *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Univerzita Karlova.
14. Hettnerová, M. (2013). Reforma psychiatrické péče nemá být ideologická, ale logická. *Florence*. Praha.
15. Holt, B. J. (2000). *The practice of generalist case management*. Boston: Allyn and Bacon.
16. Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
17. Johnson, S. et al. (2008). *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*. New York: Cambridge University Press.
18. Kalina, K. (2015). Koncept „potenciálu pro úzdravu“ v adiktologii. In: Maxová, V. (2015). *Úzdrava a drogy – sborník odborné konference*. Praha: Sananim.
19. Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Psyché (Grada Publishing).
20. Kalina, K., & Vácha, P. (2013). Dual diagnoses in therapeutic communities for addicts– Possibilities and limits of integrated treatment. *Adiktologie/Addictology*, 13(2), 144-165.
21. Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological psychiatry*, 56(10), 730-737.
22. Libra, J. (2015). Case management – prostor pro sjednocení zdravotní a sociální péče. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Psyché (Grada Publishing).
23. Libra, J. (2006). *Case management v kontextu nízkoprahových služeb pro uživatele drog*. Praha: Klinika adiktologie Univerzity Karlovy.
24. Liberman, R. P., & Kopelwicz, A. (2002). Recovery from: a challenge for the 21th century. *Int.Rev. Psychiatry* (14), 245-255.
25. Matoušek, O., Kodymová, P., & Kolářková, J. (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
26. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009 (2. aktualiz. vyd.). Praha: Bomton Agency.
27. Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Sage.

28. Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Psyché (Grada Publishing).
29. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2013). Reforma psychiatrické péče ve světle léčebny v Bohnicích. In: *Tiskové zprávy MZ ČR*[online]. [cit. 2016-10-06]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-psychiatricke-pecce-ve-svetle-lecebny-v-bohnicich_7597_2778_1.htm
30. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
31. Nešpor, K. (2003). *Psychologická komorbidita a komplikace „duální diagnózy“*. In Kalina, K. et al., *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup. Kapitola, 4(5)*. Praha: Úřad vlády ČR-NMC.
32. Nepustil, P., & Szotáková, M. (2013). *Case Management se zotavujícími se uživateli návykových látek: Metodická příručka*. Praha: Úřad vlády České republiky.
33. Paleček, J. (2010). *Opakujte po mně: „duševní nemoc“ – říkáte to stejně?!?* In Hejzlar, P. (2010). *Na cestě ke komunitní psychiatrii: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Sezemice: Theo.
34. Pěč, O., Probstová, V. (2009). *Psychózy –psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: TRITON.
35. Pokorná, T. (2013). *Práce sester v komunitních službách pro duševně nemocné*. (Bakalářská práce). Pardubice: Fakulta zdravotnických studií.
36. Proč to děláme? Reforma péče o duševní zdraví[online]. 2012 (poslední aktualizace 2016) [cit. 2016-10-06]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme
37. Raboch, J., & Wenigová, B. (2012). Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. *Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost os*, (s 17), 25.
38. Ridgway, P. et al. (2014). *Cesty k zotavení*. University of Kansas School of Social Welfare.
39. Ridgway, P. (1999). *Deepening the Mental Health Recovery Paradigm: Defining Implications for Practice*. Lawrence, KS. Office of Mental Health Research and Training, The University of Kansas, School of Social Welfare.
40. Rose, S. M., & Moore, V. L. (1995). *Case management*. In: Richard, L. E., ed. *Encyclopedia of social work*, Washington: NASW Press.

41. Říčan, P. (2010). Sociální pracovníci a zotavení. In Hejzlar, P. (2010). *Na cestě ke komunitní psychiatrii: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví. Sezemice: Theo.*
42. Schellong, N. (2015). *Zápis ze zasedání Řídícího výboru Strategie reformy psychiatrické péče.* Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Praha.
43. Siegal, H. A., & Cook, P. S. (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment.* US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
44. Stuchlík, J. (2002). Asertivní komunitní léčba a case management. *Fokus Praha.*
45. Stuchlík, J. (2002). Case management. In: Pěč, O., Probstová, V. (2009). *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče.* Praha: TRITON.
46. Thornicroft, G. et al. (2011). *Community Mental Health.* 1. vyd. New York: Oxford University Press.
47. Van Veldhuizen, J. R. (2007). FACT: a Dutch version of ACT. *Community mental health journal*, 43(4), 421-433.
48. Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Broekaert, E. (2007). Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *Journal of psychoactive Drugs*, 39(1), 81-95.
49. Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J. R., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922.
50. Venglářová, M., Mahrová, G., et al. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing.
51. Volkow, N. (2010). Comorbidity: addiction and other mental illnesses. *National Institute on Drug Abuse.*
52. Williams, R., & Cohen, J. (2000). Substance use and misuse in psychiatric wards. *Psychiatric Bulletin*, 24, 43-26.
53. Yates, R., & Wilson, J. (2001). The modern therapeutic community: dual diagnosis and the process of change. *Therapeutic communities for the treatment of drug users*, 4, 178-91.

Přílohy

Příloha 1 Informovaný souhlas

Informace pro účastníka výzkumu k diplomové práci LÉČBA DUÁLNÍCH DIAGNÓZ V KOMUNITNÍ/SOCIÁLNÍ PSYCHIATRII

Hlavní řešitel: Bc. Tereza Pokorná

Vedoucí výzkumu: doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Vážená paní, vážený pane,

byl/a jste vyzván/a k účasti ve výzkumu k diplomové práci LÉČBA DUÁLNÍCH DIAGNÓZ V KOMUNITNÍ/SOCIÁLNÍ PSYCHIATRII. Přečtěte si prosím následující informace, které Vás seznámí s cíli a metodami výzkumu a Vaším případným zapojením ve výzkumu.

Co je cílem a očekávaným přínosem výzkumu?

Cílem diplomové práce je na případových studiích klientů s duální diagnózou demonstrovat metodu case managementu ve službách komunitní/sociální psychiatrie, prozkoumat etiologii a interakci jednotlivých onemocnění a zmapovat jejich vnitřní potenciál a vnější zdroje recovery.

Jak bude výzkum probíhat?

Nejprve s Vámi vyplním screeningový test AUDIT či DAST. Poté bude následovat volný rozhovor na téma Vy a léčba Vašeho onemocnění. Budete-li souhlasit, budu nahlížet do Vaší dokumentace, jelikož z veškerých sebraných dat budu dále vypracovávat kazuistiku, ve které bude popsáno, jak Vaše léčba chronologicky probíhá.

Vaše zapojení do projektu

Na vyplnění testu budeme potřebovat max. 1 hodinu, dále 1 hodinu na rozhovor. Budete-li souhlasit, můžeme si dát schůzek i víc. Záleží na Vaší angažovanosti ve výzkumu.

Veškerá sebraná data budou sloužit pro tvorbu diplomové práce a jejich užitečnost vidím v tom, že doposud na tyto léčebné přístupy nebyl vytvořen žádný výzkum. Vaše postřehy jsou užitečné i pro transformaci psychiatrické péče v České republice, ke které právě dochází.

Informovaný souhlas

Souhlasím se svou účastí ve výzkumu pro diplomovou práci LÉČBA DUÁLNÍCH DIAGNÓZ V KOMUNITNÍ/SOCIÁLNÍ PSYCHIATRII, který realizuje Tereza Pokorná, studentka navazujícího magisterského programu Adiktologie, bytem gen. Uchytila 892, Chrudim, e-mail – planeta.tee@gmail.com.

Byl/a jsem informován/a o studii, dobře jí rozumím a souhlasím s:

☐ účastí ve výzkumu

☐ nahrávkou interview

☐ poskytnutím těchto písemných dokumentů – dokumentace vedená v PDZ

Obdržel/a jsem písemnou informaci pro účastníka výzkumu. Tazatel mi dále mi odpověděl na všechny moje otázky ohledně realizace výzkumu a zapojení mé osoby srozumitelně a dostatečně podrobně.

Svůj souhlas s účastí ve studii dávám dobrovolně. Víím, že svůj souhlas mohu kdykoli zrušit bez udání důvodů a, že mi z toho nevznikne žádná újma.

Beru na vědomí, že informace, které *sdělím* tazateli budoucně uchovány, zpracovány a publikovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Byl/a jsem informován/a, že se žádostí o získání dalších podrobností o studii se mohou obrátit na vedoucího diplomové práce doc. MUDr. PhDr. Kamila Kalinu, CSc., e-mailem kalina@adiktologie.cz. Na vedoucího projektu mohu směřovat i veškeré stížnosti.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve 2 stejnopisech, z nichž 1 obdrží účastník výzkumu a jeden tazatel jako součást dokumentace projektu vedené hlav ním řešitelem.

V _____ dne _____

podpis účastníka výzkumu

Prohlášení tazatele

Já, Tereza Pokorná, jsem popsala výzkumný projekt a povahu a důsledky postupů, které zahrnuje. Mám za to, že účastník /účastnice tomuto vysvětlení porozuměl/a a dává svůj souhlas dobrovolně.

Datum: _____

Podpis tazatele: _____

Příloha 2 Otázky k prozkoumání předností

1. V rychlosti poznamenej pár svých předností a silných stránek:
2. Bylo to pro Tebe jednoduché je vyjmenovat? Zjistil jsi, že se nad nimi musíš dlouho zamýšlet?
3. Máš před sebou negativní psychickou mapu? (NPS = věnuji se víc svým problémům a nedostatkům, myslím neustále na nemoc, co dělám špatně) Jakým směrem a k jakým zážitkům Tě tato mapa vede?
4. Zapřemýšlej o lidech ve svém okolí: jakého druhu jsou jich znalosti a dovednosti?
5. Zamysli se nad sebou, co všechno znáš a víš?
6. Napiš seznam předností založených na celoživotní zkušenosti:
7. Napiš seznam toho, co Tě zajímá a o čem by ses toho rád dozvěděl víc v blízké budoucnosti:
8. Napiš seznam toho, co umíš a dovedeš:
9. Napiš seznam, co se chceš naučit dělat v blízké budoucnosti:
10. Z čeho vychází a v čem je pro Tebe důležitá Tvoje příslušnost k určité kultuře a její tradice?
11. V čem konkrétním je Ti Tvoje kultura oporou?
12. Jak si můžeš povědomí o své kultuře dále rozšířit?
13. Jaké možnosti, které Ti poskytuje okolní svět, už v současnosti pravidelně využíváš?
14. O jakých možnostech se toho chceš dozvědět více?
15. Poznamenej si některé své kladné povahové vlastnosti:
16. Jaké vlastnosti bys v sobě rád pěstoval?
17. Na co jsi hrdý?
18. Díky kterým svým silným stránkám jsi dokázala v životě všechno překonat?
19. Na co chceš být hrdý do budoucna?
20. Kterí lidé Tě podporují a dodávají Ti sílu?
21. Jak každý z nich pomáhá? Čím konkrétně?
22. Napiš si seznam míst, které Ti poskytují oporu, nabízí příležitost se něčemu novému naučit, které Ti dodávají odvahu:
23. Napiš seznam čehokoli, co Ti dodává sílu:

Tyto otázky bys měla položit svému blízkému, aby Ti sdělil, v čem jsi dobrý.
Teď si projdi vše zapsané znovu.

24. Jak se cítíš, když o svých přednostech znovu přemýšlíš?
25. Objevuje se mezi přednostmi nějaká pravidelnost nebo opakovaně nějaké téma?
26. Vidiš se nyní ve svých očích lépe a cítíš hrdost na všechno, co víš a umíš?
27. Proč se tak cítíš?
28. Jsou pro Tebe možnosti a vlohy, které máš, překvapením? A proč?

Následuje výběr jedné přednosti, na kterou se klient zaměří ve snaze ji zdokonalit.

